Rok XXXIX. Kraków, 21 Lipca 1900. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr August Kwaśnicki.

UCZESTNIKOM IX. ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH TEN NUMER POŚWIĘCA

REDAKCYA.

I, Mój najstarszy dotychczas żyjący przypadek wycięcia odźwiernika.

Podał

Prof. Dr. L. Rydygier.

Nie bez interesu zapewne będzie dla kolegów, uprawiających chirurgię żołądka, wiadomość o jednym przypadku wycięcia odźwiernika, dokonanego z jaknajlepszym wynikiem przed 19 laty, po którem chora dotychczas żyje i cieszy się jak najlepszem zdrowiem. Urodziła ona po operacyi pięcioro dzieci, z których najstarsza córka liczy obecnie 17 lat. W tym przypadku mogę mówić o istotnym i jaknajlepszym wyniku, osiągniętym przez resekcyę.

Wkrótce, na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Paryżu, będę miał sposobność mówić o 100 operacyach, przezemnie dotychczas na żołądku dokonanych. Wtedy też wyłuszczę swe zapatrywania i zasady, oparte na owej setce spostrzeżeń, do czego nawet, jako jeden z inicyatorów resekcyi odźwiernika, czuję się obowiązanym.

Tu tylko, korzystając ze sposobności, zaznaczyć radbym, że ciągle obstaję przy swem dawnem zapatrywaniu, że w przypadkach wrzodu okrągłego odźwiernika, względnie bliznowatego jego zacieśnienia, w odpowiednich przypadkach i gdzie na to pozwalają stosunki miejscowe, obok stanu ogólnego chorego, wycięcie odźwiernika należy przenosić nad gastroenterostomię. Z naciskiem i jeszcze raz podnoszę, że taką operacyę zalecam tylko dla odpowiednich przypadków. W późniejszej pracy obszerniejszej uzasadnię szczegółowo to swoje zapatrywanie i wykażę, że wycięcie odźwiernika w przypadkach wrzodu, względnie blizny po nim, jako operacya bardziej doszczętna i bardziej celowi odpowiadająca, nie jest bynajmniej operacyą przeszłości, lecz owszem przyszłości.

Kilka powodów, przemawiających za takiem postępowaniem, przytoczę tu w krótkości. A pierwszy ten. W ostatnich czasach podnoszą coraz częściej i częściej i z różnych stron, wskazując na odpowiednie przypadki, że nierzadko na tle wrzodu lub z blizny po nim rozwija się rak. W danym zaś razie, nawet podczas operacyi, kiedy w rękach trzymamy odźwiernik zgrubiały, jakoby skutkiem blizny po wrzodzie, nie możemy z całą stanowczością rozstrzygnąć, czy tu już rak nie począł się rozwijać. A taki właśnie przypadek byłby owym przez chirurgów wymarzonym, w którym rak przychwycony niejako w samym zaraniu swego rozwoju, po doszczętnej operacyi dawałby nadzieję zupełnego i istotnie doszczętnego wyleczenia.

Marzenie to jednak urzeczywistni się wówczas dopiero, kiedy zwycięży zapatrywanie, że wycięcie odźwiernika jest operacyą odpowiednią i dla przypadków wrzodu żołądka w tej okolicy usadowionego, ciągle jednak z tem zastrzeżeniem: gdy nie utrudnią tej operacyi stosunki w okolicy żołądka znalezione, lub gdy nie spotkamy się z przeciwwskazaniem ze strony ogólnego stanu chorego. Znam i opiszę przypadki, w których najdokładniejsze badanie wewnętrzne nie budziło nawet podejrzenia na raka, rozwijającego się w bliźnie po wrzodzie, a w których po operacyi, mikroskopowo wykazywaliśmy w brzegach wrzodu wyraźne ogniska tkanki rakowatej. Na podstawie tych przypadków, dokładnie w klinice wewnętrznej spostrzeganych, zwrócił pan kol. prof. A. Gluziński uwagę na parę objawów, które pozwalają podejrzywać, że w bliźnie poczyna rozwijać się rak.

Drugi powód, który usprawiedliwia moje stanowisko, opiera się na tych spostrzeżeniach, w których, mimo dokonanej gastroenterostomii, powstawał z wrzodu samego śmiertelny krwotok, i to zanim chory zdołał opuścić łóżko po operacyi. Sam dożyłem podobnego nieszczęśliwego zdarzenia, a w piśmiennictwie jest ich zanotowanych kilka.

I jeszcze powód ostatni. Niekiedy po gastroenterostomii (Wölflera czy Hackera), powstaje „błędne koło“ w krążeniu pokarmów. Zdarza się to niekiedy wbrew wszelkim oczekiwaniom. Niedawno temu umarł mi chory w praktyce prywatnej po gastroenterostomii, właśnie skutkiem takiego *circulus vitiosus*. A przed operacyą przedstawiałem rodzinie, że operacya ta jest stosunkowo mało niebezpieczna i mówiąc to, miałem w pamięci kilkunastu chorych klinicznych, u których raz po razu miałem zupełnie gładki przebieg pooperacyjny. Taka niespodzianka to rzecz arcyniemiła.

Z tych powodów, a zwłaszcza z dwóch pierwszych, na-

leży w odpowiednich przypadkach wycięcie odźwiernika przekładać nad gastroenterostomią, zwłaszcza kiedy się dokładnie i w najdrobniejszych szczegółach posiędzie technikę wycięcia odźwiernika i gdy się pozbędziemy niemiłego wrażenia, jakie pozostawiły po sobie resekcye początkowo bez powodzenia wykonywane.

Odpowiednimi nazywam zaś te przypadki, gdzie ogólny stan sił chorego zachował się w dostatecznym stopniu i gdzie już w czasie operacyi nie napotkamy zbyt rozległych i ścisłych zrostów żołądka z otoczeniem.

Wróćmyż jednak do dalszego opisu naszego przypadku, w którym operacyę wykonałem 21 listopada 1881 r. Chorą przedstawiałem na Kongresie chirurgów niemieckich w roku 1882 i opisałem go dokładnie w *Przeglądzie lekarskim*, 1881 Nr. 50 i w *Berliner klinische Wochenschrift*, 1882 Nr. 3. Przypominam tylko, że u chorej (Karolina Pfennig) istniał toczący się jeszcze wrzód odźwiernika, który sięgał głęboko w trzustkę, tak że musiałem wyciąć także i część tego gruczołu. Skutkiem wycięcia językowatego płatu z tylnej ściany dwunastnicy, linia szwu tak znacznie się przedłużyła, że mogłem bezpośrednio, bez fałdów i bez szwu zwężającego żołądek, zeszyć światło dwunastnicy ze światłem żołądka. Chora wyszła uleczona i obecnie żyje zdrowa, jak się o tem dowiaduję z listu jej męża, pisanego 29 czerwca tego roku. Przez całych tych 19 lat sama zawiadywała gospodarstwem domowem, z konieczności odżywiając się potrawami jak najzwyklejszemi. Na wstępie wspomniałem, że od tego czasu 5 razy rodziła, ma już 17-letnią córkę, a sama liczy 49 lat.

II. O użyciu rur ołowianych do celów wodociągowych.

Podał

O. Bujwid.

Zastósowanie rur ołowianych do rozprowadzania wody sięga nader odległych czasów. Wykopaliska etruskie wskazują, że już wówczas ten sposób prowadzenia wody był znany i używany.

Z biegiem czasu, gdy zaczęły się wyjaśniać poglądy na stosunek ołowiu do wody, gdy zauważono mianowicie możność rozpuszczania się ołowiu w wodzie, oraz gdy poznano własności trujące ołowiu, zastósowanie rur ołowianych do prowadzenia wody napotkało na poważny opór ze strony badaczy, którzy się tą sprawą zajmowali. W miastach Anglii i Francyi zaczęto coraz częściej stwierdzać sporadyczne a nawet masowe zatrucia ołowiem z wody i skutkiem tego tu i ówdzie zupełnie usunięto rury ołowiane, zastępując je żelaznemi. Zastosowanie jednak szersze rur żelaznych przedstawiało z przyczyn technicznych tak liczne niedogodności, że pomimo wyższej ceny i niepewnych własności zdrowotnych rury ołowiane były daleko więcej stosowane, niż żelazne. Z niedogodności rur żelaznych wymienić należy najpierw niemożność ich wyginania, a więc trudność, a nawet niemożliwość wprowadzenia rurociągów w domach starych, budowanych bez uwzględnienia potrzeby wodociągu. Prócz tego woda z rur żelaznych płynąca ma często wejrzenie niezachęcające, jest mętna, często wprost brudno-żółtą.

A jednak występujące w różnych miastach zachorowania nie zalecały rur ołowianych do zastosowania. Gdy do tego w Dessau w r. 1886 pojawiły się liczne przypadki zachorowania wskutek zanieczyszczania wody ołowiem, rozpoczęto przeciwko rurom ołowianym z jednej strony walkę, mającą na celu usunięcie ich z użycia, z drugiej zaś strony rozpoczęto badania, w jakich mianowicie warunkach mogą się one stać szkodliwemi dla zdrowia ludności, i dlaczego szkodliwość ta występuje tak rzadko, gdy przeszło 76% miast używa ich zupełnie bezkarnie.

Już w r. 1873 Bobiesse zauważył, że ołów dostaje się do wody wówczas, gdy rury nie są stale wodą wypełnione. Gdy napompowana do zbiorowiska woda zostanie wyczerpana i rury ołowiane, prowadzące wodę, wypełnione zostaną na jakiś czas powietrzem, wówczas powstają pod wpływem tlenu związki ołowiu w wodzie rozpuszczalne, które przechodzą do wody. Gdy rury są stale pod ciśnieniem wypełnione wodą, wówczas ołów do wody się nie dostaje. W podobny sposób wyrazili zapatrywania na tę sprawę Pettenkoffer i Reichardt. Szczegółowem opracowaniem tej sprawy zajęli się Wolfhügel i Heyer z polecenia państwowego urzędu zdrowia.

Badania te były wynikiem wzmiankowanego już masowego zachorowania na utrucie ołowiem 1886 r. w Dessau [1]). W mieście tem założono wodociąg z wody gruntowej bardzo miękiej, mającej 2—3 stopni twardości. Pompy miejskie nie mogły nastarczyć wody, skutkiem czego od czasu do czasu rury wodociągowe bywały całkowicie opróżniane i wypełniały się powietrzem. Następstwem tego zetknięcia się z powietrzem było dostanie się rozpuszczonego ołowiu do wody i spowodowanie około 100 przypadków lżejszego lub cięższego zatrucia. Po zarządzeniu środków, mających na celu utrzymać stale rury w stanie wypełnienia wodą, ilość ołowiu w wodzie zaczęła się szybko zmniejszać i zachorowania już się nie powtórzyły.

Podobne przypadki zauważono w miastach, gdzie rury ołowiane zaopatrywały wodą z pomp pojedyńcze domy. Ponieważ przy takiem dostarczaniu wody zbiera się ona w zbiornikach, nie zawsze wodą napełnionych, dlatego podczas opróżnienia rur z wody i wypełnienia ich powietrzem, ołów do wody się dostaje i powodować może zatrucia. Prócz wpływu powietrza działa również szkodliwie obecność wolnego bezwodnika kwasu węglowego. Tego rodzaju niebezpieczeństwo ma miejsce w gruntach ubogich w wapienie; przeciwnie, w razie obfitości w gruncie soli wapnia (kamienia wapiennego), woda nie zawiera wolnego kwasu węglowego, ale związany z wapnem. Taki związek bezwodnika kwasu węgl. z wapnem stanowi o mniejszej lub większej twardości wody, zaś w wodzie, której twardość przenosi 7—8 stopni, ołów już się wcale nie rozpuszcza, według przeważającej opinii badaczy. Woda tej twardości, przechodząc przez rurę ołowianą, bardzo szybko tworzy osad, złożony przeważnie z węglanu wapna, który w zupełności zabezpiecza ją od dostania się do niej ołowiu.

Dlatege to rury ołowiane nie powinne być używane: 1) gdy chodzi o zastosowanie ich do urządzeń, niestale wypełnionych wodą (domowe urządzenia pompowe); 2) gdy chodzi o wodę bardzo mięką, poniżej 7 stopni twardości (2 4 stopni twardości według Grahama i Letkeby; według Leblanca i Belgranda wystarcza 0·65 stopni twardości).

---

[1]) *Journal für Gasbeleucht, v. Wasserversorgung* S. 562. 1889.

Według statystyki miast niemieckich 75% zaopatruje się wodą zapomocą rur ołowianych. Należą tu wszystkie większe miasta.

Użycie rur ołowianych w miejscowościach, gdzie woda nie odpowiada składem warunkom potrzebnym, jeżeli n. p. jest za mięka, lub gdy zawiera wolny bezwodnik kwasu węglowego, napotyka na poważne trudności. W tych razach do wody radzą dodawać pewne ilości węglanu wapna lub dwuwęglanu sodowego[2]). Tego rodzaju zabiegi chemiczne, gdy są stale i na wielką skalę stosowane, połaczone bywają z wielkiemi niedogodnościami. Większa część badaczy żąda przedewszystkiem dla każdej wody zbadania warunków, o ile ołów przechodzić do wody może lub nie. Jest to istotnie obliczenie pierwszorzędnej wagi, gdyż w rzeczywistości dotąd nie wiemy dokładnie, czy obecność lub brak pewnych innych składników w wodzie nie działa w dodatnim lub ujemnym kierunku. Tak działać mogą według niektórych badań n. p. chlorki lub części organiczne, w wodzie zawarte.

Gdy Komitet techniczny wodociągów krakowskich postanowił zaprowadzić w urządzeniach domowych rury ołowiane, muszę zauważyć, byłem wówczas temu przeciwny i nie mając własnego doświadczenia, nie chciałem polegać na spostrzeżeniach, w piśmiennictwie znajdujących się, a nieuwzględnionych należycie nawet w najobszerniejszych podręcznikach higieny i przedewszystkiem postanowiłem dokładnie obeznać się ze stanem tej sprawy, a mianowicie, jaki materyał jest najodpowiedniejszy pod względem technicznym i higienicznym. Zarazem przystąpiłem do doświadczeń, mających na celu wyświetlić, czy zastosowanie najczęściej dziś używanych rur ołowianych, ze względu na skład wody, mającej być do wodociągów użytej, dla Krakowa jest polecenia godnem.

Ze źródeł technicznych dowiedziałem się, że najlepszym i najtrwalszym materyałem dla rur wodociągowych jest żelazo lane. Nie ulega ono rdzewieniu i jest bardzo trwałe. Ze względów technicznych jednak rury lane nie mogą być przygotowane poniżej 40 cm. średnicy. Cienkie rury nie mogą być odlane i muszą być zrobione z żelaza kutego, które znajdują zastósowanie w niektórych krajach, szczególniej tam, gdzie do wodociągów używa się wody rzecznej przesączonej (filtrowanej), a więc miękiej, która ołów może rozpuścić. Takie rury znalazły pomiędzy innemi zastósowanie w wodociągach warszawskich. Rury te łatwo rdzewieją, skutkiem czego się psują, albo też niekiedy średnica ich tak się zacieśnia, że wodę następnie z trudnościa przepuszcza.

Ażeby zapobiedz rdzewieniu, stosują rury wewnątrz cynkowane. Doświadczenie uczy jednak, że takie rury z biegiem czasu oddają cynk w postaci soli rozpuszczalnych w wodzie, skutkiem wywiązującego się prądu elektrycznego (cynk i żelazo tworzą ogniwo galwaniczne). Woda taka nie jest wprawdzie szkodliwa, jak tego dowiodły badania[3]); obecność cynku jednak nadaje wodzie przykry smak, jak tego miałem sposobność sam doświadczyć na wodzie w tutejszym zakładzie higieny, gdzie na próbę takie rury zostały zaprowadzone.

Pozostają zatem rury ołowiane. Znalazły one zastosowanie w większej części krajów i większych miast. 75% miast niemieckich, wszystkie większe miasta we Francyi i Anglii, oraz znaczniejsze w Austryi takie rury posiadają[4]). W jakich warunkach mogą one być szkodliwe, powiedziałem wyżej. Najważniejszym jest miękość wody poniżej 7 stopni twardości, obecność wolnego bezwodnika kwasu węglowego, oraz niestałe wypełnienie rur. Twardość naszej wody wodociągowej według licznych badań znacznie przenosi potrzebne *minimum*, wynosi bowiem 30° fr. czyli 16.8° niemieckich. Wolny bezwodnik kw. węgl. jest w niej nieobecny, wskutek nadmiaru w gruncie węglanu wapna, który go wiąże. Niestałe wypełnianie rur jest wogóle wykluczone przy wodociągach, możliwe tylko przy urządzeniu pompowem i zbiornikach domowych.

Pozostawało jeszcze zapomocą bezpośredniej próby przekonać się, czy i o ile ołów dostawać się będzie do wody w naszych przyszłych wodociągach. W tym celu w dniu 18 października r. z. wespół z p. Boraczewskim, chemikiem c. k Zakładu dla badań śr. spożywczych, wypełniliśmy rurę ołowianą, mieszczącą $3^1/_2$ litra, wodą ze studni na Bielanach bezpośrednio wziętą i dwie próby tej wody po przejściu przez rurę poddaliśmy badaniu po przeniesieniu do Zakładu.

Tegoż dnia napełniono tę rurę pod ciśnieniem 10 atm.; wodę zbadano po 24 godz. stania. Następnie pozostawiono wodę pod ciśnieniem w ciągu 5 dni. Podobne próby powtórzyliśmy w grudniu i w styczniu.

Badanie na ołów dało wynik nastąpujący:

Po odparowaniu całej ilości $3^1/_2$ litr. wody znaleziono:

18/X.	W wodzie po przepłók. nowej rury	— ślady
	tož samo	ślady
19/X.	W wodzie po 24 g. stanie pod ciśn.	— ślady
24/X.	Po 5 dniach stania	— drobne ślady
18/XII	Po mies. staniu i zamarznięciu wody	— ołowiu nie wykr.
18/I. 1900.	Po 4. dniach stania pod ciśnien. w ciepłocie pokojowej	= ołowiu nie wykr.

Ślady ołowiu, wykryte przy pierwszych próbach, nie dały się oznaczyć ilościowo, a zatem o szkodliwych własnościach takich ilości mowy być nie może.

Zaznaczyć należy, że w rurach dłużej używanych, mianowicie w gmachu teatru, woda nie zawierała ołowiu po całonocnem pozostawaniu wody w rurze.

Badania niniejsze dowodzą, że woda w przyszłych wodociągach krakowskich może być bez obawy prowadzona w rurach ołowianych. Drobne ślady, które w pierwszych dniach otwarcia urządzenia domowego pojawiać się będą, są zbyt małe, ażeby szkodzić mogły, gdyż, jak wiadomo, ślady ołowiu w ilości 0.2 mgr są uznane za nieszkodliwe. W każdym razie łatwo i cienia szkodliwości uniknąć, jeżeli Magistrat w instrukcyi wodociągowej poleci nie używać wody przed upływem 6 dni od chwili napełnienia wodociągu, gdyż po tym czasie utworzy się powłoka w rurze, chroniąca wodę od dostawania się nawet śladów ołowiu.

Jak stąd wynika, zbytecznem jest powlekamie rur wewnątrz jakimś czynnikiem chroniącym. Zbytecznem jest nawet siarkowanie rur, gdyż powłoka ochronna samodzielnie szybko się wytwarza. Tem bardziej niepotrzebne są rury wewnątrz cynowane, które, obok wysokiej ceny, są trudne do lutowania i wyginania, gdyż w obu razach powłoka ulega częściowemu zniszczeniu.

---

[2]) *Chemisches Centralblatt* Nr. 16. 1899. S. 943.

[3]) Davies (*Chem. Centr.* 1899. S. 942).

[4]) Paryż Berlin, Londyn, w Austyi Wiedeń, Praga, Grac, Czerniowce, Linz, Lublana.

III. W sprawie leczenia operacyjnego gruźlicy jąder.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Sprawa leczenia gruźlicy jąder nosi na sobie odbicie szeregu tych poglądów terapeutycznych, zmieniających się kolejno i wzajemnie się zastępujących, które widzimy w leczeniu t. zw. gruźlicy chirurgicznej w ciągu drugiej połowy kończącego się wieku. Przejście od najbardziej biernej zachowawczości do skrajnego radykalizmu, głoszenie zasady *noli tangere* z jednej strony, z drugiej zaś „panowanie noża“ w nader szerokiem zakresie, dążące do bezwzględnego usuwania całego narządu, dotkniętego gruźlicą — oto granice, w których obracała się sprawa leczenia gruźlicy chirurgicznej w czasie nowej już ery chirurgii.

Obecnie, pozbywszy się obawy przed operowaniem tkanek zajętych gruźlicą, z drugiej zaś strony poskromiwszy zbytni zapał w usuwaniu chorych narządów, wchodzi terapia chirurgiczna w okres operowania racyonalnego. Warunkiem zaś zasadniczym takiego operowania jest nietylko umiejętność ocenienia widoków operacyi i bezpośrednich jej wyników, lecz i możność przewidzenia jej następstw późniejszych, na podstawie fizyologii narządu i jego roli w ogólnej ekonomii ustroju. I coraz więcej postępowanie chirurgiczne zdaje się stosować do tych mądrych słów, wypowiedzianych przez Olliera: Dobry wynik operacyi sam przez się niczego jeszcze nie dowodzi w chirurgii i możność wykonywania pewnych zabiegów bez większego niebezpieczeństwa dla chorego nie upoważnia nas jeszcze do ich stosowania.

Przed bardzo niedawnemi czasy, w ostatnich dwóch dziesiątkach lat, widzieliśmy takie ciekawe i ważne przeobrażenie w sprawie leczenia gruźlicy stawów i kości. Zarzuciwszy prawie amputacye, jako operacye zasadnicze w leczeniu gruźlicy kończyn, ograniczywszy bardzo resekcye typowe stawów, tak *larga manu* stosowane jeszcze przed kilku laty, przeszliśmy dziś do operacyi nietypowych, mających na celu możliwie dokładne usunięcie li tylko części chorobowo zmienionyc przy oszczędzaniu tkanki zdrowej. I takie postępowanie, odpowiadające jednemu z głównych wskazań operacyjnych — jaknajmniejszego obrażania tkanek, zdaje się dawać przy współdziałaniu pomocniczych środków leczniczych najlepsze względnie wyniki.

Metody operacyjne w leczeniu gruźlicy jąder zróżniczkowały się w dwóch kierunkach: w kierunku doszczętnego wydalenia ogniska chorobowego wraz z całym narządem przez wytrzebienie, i w kierunku więcej zachowawczym, przez usuwanie tylko części chorobowych czy to w przyjądrze, czy w przewodzie nasiennym, czy nawet w samem jądrze. Każdy z obu tych sposobów miał i ma poważnych zwolenników pomiędzy chirurgami. Niedawnymi czasy, kiedy pod wpływem zdobyczy antyseptyki zapanował radykalizm operacyjny, większość chirurgów skłaniała się ku pierwszej z tych metod — trzebieniu, które też zyskało prawo obywatelstwa, jako operacya zasadnicza w gruźlicy jąder. Dopiero po kilku latach, gdy można było zestawić dalsze następstwa operacyi na większej liczbie przypadków i kiedy bardziej wszechstronnie i krytycznie zaczęto rozważać zalety i wady tego postępowania, wówczas zwrócono się znów ku zabiegom bardziej zachowawczym, które też coraz więcej zyskują zwolenników.

Pochop do żywszego zajęcia się sprawą leczenia gruźlicy jąder i do oceny stosowanych tu metod operacyjnych i otrzymanych wyników dało w roku zeszłym Towarzystwo chirurgiczne w Paryżu, poświęcając cały szereg posiedzeń rozprawom nad tą tak ważną sprawą. Nadto w ciągu ubiegłych paru lat ogłoszono kilka prac, dorzucających ten lub ów szczegół, przemawiający za jednem lub drugiem postępowaniem leczniczem.

Zobaczmy, w jakim stosunku pozostają obie te metody do umiejscowienia i przebiegu cierpienia, o ile i jakie wypełnia każda z nich wskazania lecznicze, wreszcie, jak przedstawiają się one w oświetleniu swych wyników i następstw.

Gruźlica jąder cechuje się, w najkrótszych słowach, następującemi własnościami. 1. Jako gruźlica narządu płciowego, stanowić może stosunkowo dość długo cierpienie miejscowe; 2. zwykłem jej siedliskiem u dorosłych jest najądrze, w którem długo pozostawać może ograniczoną i zazwyczaj dopiero w późnych okresach choroby przechodzi na jądro; 3. stosunkowo dość często występuje obustronnie. Według obliczeń Reclusa, z którémi zgodne są wyniki statystyczne Villarda, gruźlica, ściśle ograniczona li tylko do narządu płciowego, występuje w $^1/_3$ przypadków; w pozostałych $^2/_3$ jednocześnie z nią istnieje sprawa gruźlicza i w płucach.

Taki sam prawie stosunek zachodzi pomiędzy gruźlicą samego najądrza, będącego punktem wyjścia cierpienia, a jednoczesnem zajęciem jądra i najądrza. Stosunek ten (30 : 100), określony na podstawie badań sekcyjnych, znacznie się zmienia, jeżeli uwzględnić tylko wyniki badania klinicznego, lecz na niekorzyść cierpienia jądra z najądrzem wspólnie, tak iż przedstawia się jako równy (1 : 1) lub nawet same zapalenie gruźlicze najądrza rozpoznawane bywa klinicznie częściej, niż w połączeniu z zapaleniem jądra (Reclus). Wreszcie co się tyczy występowania obustronnego, to dane liczbowe w różnych zestawieniach wynoszą 25, 30 a nawet 60% ogólnej liczby przypadków gruźlicy jąder.

Pierwsza z wymienionych cech, to względne pozostawanie cierpienia sprawą miejscową, stanowiła jeden z głównych punktów oparcia dla zwolenników trzebienia, zapomocą którego spodziewano się i usunąć doszczętnie ognisko chorobowe i zapobiedz nawrotom. Poświęcano więc zasadniczo gwoli temu radykalizmowi razem z najądrzem i jądro, ze względu na to, że 1. ono równie może być zajęte sprawą chorobową, pomimo nawet braku danych klinicznych po tem,u 2. jądro, pozbawione najądrza i przewodu nasiennego przestaje funkcyonować, a co zatem idzie i obecność jego winna być obojętną dla ustroju.

Rzeczywiście, już teorytycznie sądząc, trzebienie, jako zabieg, usuwający cały prawie narząd, przedstawia daleko więcej widoków na doszczętne uwolnienie chorego od ognisk gruźliczych, niż inne bardziej zachowawcze operacye, jak wycięcie najądrza, resekcya przewodu nasiennego itd. Tego też zdania trzymają się jeszcze niektórzy chirurgowie, a i w ostatnich latach ukazało się kilka prac, broniących wyższości trzebienia w leczeniu gruźlicy nad wszystkimi

innymi sposobami operacyjnymi (R. König[1]), Berger[2]), Dürr[3]). Jednakże mnożące się z dnia na dzień spostrzeżenia chirurgów, oparte na coraz liczniejszym materyale klinicznym, zachwiały wiarę w ten radykalizm trzebienia, nadto zaś uwidoczniły inne ujemne strony wpływu tej operacyi, jak tego dowodzą wspomniane powyżej rozprawy w Towarzystwie chirurgicznem w Paryżu.

Quénu, Routier, Bazy, Reclus, Lucas Championnière, Tuffier, Delbet, Poirier i inni — wszyscy wystąpili przeciwko trzebieniu, jako operacyi zasadniczej w gruźlicy jąder, zarzucając ją w zupełności, lub też ograniczając do wyjątkowych przypadków i to ze wskazań bardzo ścisłych.

Na czem więc polegają ujemne strony trzebienia w przypadkach gruźlicy jądra?

Trzebienie nie jest zabiegiem radykalnym, gdyż jak przekonują wyniki pooperacyjne daje nawroty cierpienia po drugiej stronie, w pęcherzykach nasiennych, gruczole krokowym, w pęcherzu, a nawet w kikucie, bynajmniej nie rzadziej, niż ma to miejsce po innych operacyach, robionych w tym samym celu.

Trzebienie nie zabezpiecza innych narządów od rozwoju gruźlicy i rzadko daje się spostrzegać, ażeby wypływało powstrzymująco na gruźlicę np. narządu moczowego, jak to twierdzą niektórzy (König, Berger).

Trzebienie nadto przynosi wielką szkodę całemu ustrojowi przez pozbawienie go jądra, które, że już trzymać się będziemy przytoczonych powyżej danych liczbowych, przynajmniej w $1/3$ przypadków bywa zupełnie zdrowe, we wszystkich zaś pełni tę drugą, obok funkcyi nasiennej czynność wydzielniczą, ową „secrétion interne,“ której słusznie przypisują tak ważny wpływ na stan ogólny i sferę psychiczną.

Tę rolę jąder, stwierdzoną dziś doświadczeniami fizyologicznemi i setkami spostrzeżeń klinicznych, znali i oceniali już dawni chirurdzy, którzy radzili oszczędzać jądra nawet w razie bezużyteczności ich płciowej i zachowywać je, jako „jądra moralne.“ Z tego samego zapatrywania wychodzili późniejsi chirurdzy, kiedy po wykonaniu trzebienia zaszywali do worka mosznowego jądra metalowe odpowiedniej wielkości i wagi, bacząc na owo znaczenie „moralne“ tego narządu.

Jądra, jak słusznie twierdzi Delbet, zachowuje się zupełnie odmiennie w tym względzie, niż wszystkie inne gruczoły po podwiązaniu przewodu odprowadzającego. Pozbawione najądrza lub przewodu nasiennego, albo obu razem, nie ulega ono zanikowi, lecz w dalszym ciągu funkcyonuje, pełniąc tę drugą swą czynność wydzielniczą. W przypadkach więc gruźlicy, gdzie nawet całe najądrze jest zniszczone, usuwając jądro, nie usuwamy bynajmniej organu bezużytecznego. Jeszcze jeden dowód takiej funkcyi jądra przedstawia spostrzeżenie, iż rozrost sutka męskiego *(gynaecomastia)* powstaje nierzadko w następstwie spraw zapalnych w jądrze, nigdy zaś nie występuje po takich sprawach lub uszkodzeniach najądrza. Pozbawienie przeto nawet obu najądrzy nie powoduje jeszcze bezsilności płciowej, jak trzebienie.

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chir. XLVII str. 508.

[2]) La semaine médicale 1899 str. 143.

[3]) Beiträge zur klin. Chirurgie. T. VI.

Jedynie w tych przypadkach mogłoby trzebienie być radykalne, gdzie sprawa chorobowa jest bardzo świeża i ograniczona wyłącznie tylko do najądrza, względnie jądra, przy zupełnym braku zmian gruźliczych w innych narządach. Cóż, kiedy w tych przypadkach chory najczęściej nie zgodzi się na trzebienie, tem bardziej, że chirurg przyrzec mu nie może, iż ofiarą jednego jądra będzie mógł z pewnością okupić zdrowie drugiego. I tutaj, pomimo tak małych jeszcze zmian i tak wczesnego wytrzebienia, znane są przypadki (Potherat, Bazy) powstania gruźlicy po drugiej stronie w bardzo krótkim czasie po wykonaniu trzebienia z jednej.

We wszystkich innych przypadkach, gdzie zmiany gruźlicze zajmują oprócz najądrza przewód i pęcherzyki nasienne, lub przechodzą na gruczoł krokowy, pęcherz i nerki, albo wreszcie gdzie istnieje gruźlica płuc, trzebienie jest zabiegiem zupełnie zbytecznym, a nawet szkodliwym, gdyż nie usuwając sprawy chorobowej z ustroju, wyrządza mu nową szkodę przez pozbawienie go narządu tak ważnego, jak jądro. Zgodzić się też trzeba ze zdaniem Quénu, iż „jest to operacya częściowa, w której do wycięcia części chorych dodano usunięcie narządu zdrowego, w każdym zaś razie potrzebnego.“

Wobec tego trzebienie, nie mogąc odpowiedzieć głównemu swemu zadaniu doszczętnego operowania, traci zupełnie racyę bytu, jako zabieg podstawowy w gruźlicy jąder.

Zresztą zdaniem mojem, w leczeniu gruźlicy w ogóle, a gruźlicy jąder w szczególności, popełniali i jeszcze poniekąd popełniają chirurdzy błąd zasadniczy. Błędem zaś tym jest dążenie do doszczętnego usunięcia części chorobowo zmienionych do najsumienniejszego powycinania tkanek gruźliczych, jednem słowem ten właśnie bezwzględny radykalizm operacyjny, tak konieczny i zbawienny w operacyach nowotworów złośliwych, a tak mało pożytku, a często więcej szkody przynoszący w leczeniu gruźlicy.

Wobec zmian w innych narządach, towarzyszących zmianom gruźliczym w jądrach w przeważnej liczbie przypadków, wobec tego, że u osób dotkniętych gruźlicą płuc wykazać można laseczniki gruźlicze w zdrowej tkance jąder i najądrzy (Jani, Spano) i w nasieniu (Nikarai), dążeuie do radykalnego „wycięcia“ całej gruźlicy jąder jest utopią, tem szkodliwszą, jeżeli w pogoni za nią pozbawiamy ustrój narządów, potrzebnych do samoobrony. Ta zaś jest zawsze głównem narzędziem do uwolnienia ustroju od szkodliwych czynników droboustrojowych, w walce zaś tej zabieg operacyjny może grać tylko rolę pomocniczą, usuwając wytworzone wytwory zmian tkankowych.

W ten sposób następuje w leczeniu gruźlicy jąder zwrot ku postępowaniu zachowawczemu, nie w tem jednak dawnem znaczeniu biernego wstrzymywania się od wkroczenia z nożem, lecz tylko w przeciwstawieniu do zbyt radykalnego trzebienia. Jak słusznie określił to dawniej już jeden z chirurgów francuskich (Malgaigne) „należy chronić jądro, dotknięte gruźlicą, nie tylko przed niepotrzebnem wycinaniem, lecz zarówno przed leczeniem wyczekującem, prowadzącem zazwyczaj do takiego samego wyniku“ [1]).

Operować więc należy i można, lecz we właściwym zakresie i celu, i to we wszystkich przypadkach, gdzie stan

[1]) Longuet: *Revue de chirurgie*. 1900. I.

ogólny chorego na to pozwala i gdzie narząd moczowy jest wolny, lub tylko bardzo niewielkie przedstawia zmiany. Postępowanie zaś operacyjne przedstawiać się winno w sposób następujący:

W przypadkach świeżych, w których zmiany ograniczone są do najądrza, wykonać wycięcie jego *(epididymectomia)*. Niektórzy z chirurgów francuskich ograniczają się do wycinania zeń oddzielnych ognisk, lub przecinania i wyskrobywania ropni gruźliczych. Wobec tego jednak, że zarówno całe, jak i częściowe wycięcie najądrza znosi całość przewodu odprowadzającego, uważam całkowitą epididymektomią za odpowiedniejszą. Podobnież w całości wycina najądrze zwykle Bardenheuer[1]).

W przypadkach zmian dłużej trwających dodać należy wycięcie przewodu nasiennego, który odsłania się ku górze, wchodząc aż do przewodu pachwinowego. Jeżeli zajęte są i pęcherzyki nasienne, co w każdym przypadku zbadać trzeba, postępowanie zależeć winno od stanu ogólnego chorego i istnienia, lub nie, zmian w innych narządach. W razie gruźlicy płciowej zlokalizowanej przystępujemy do wycięcia pęcherzyków.

W przypadkach znacznie posuniętych, gdzie sprawa gruźlicza przeszła i na jądro, wyciąć należy *mediastinum testis* (ciało Highmora), a nawet część miąższu, pozostawiając części zdrowe. Jeżeli zaś po wycięciu samego najądrza powstaje wątpliwość do do stanu miąższu jądrowego, to można naciąć z jednej strony błonę białą jądra i część miąższu, aby przekonać się o jego stanie, i potem zeszyć brzegi błony białej.

Takie postępowanie polecał Delore[2]), ostatnio stosował w 2 przypadkach Lanz[3]) i w jednym z nich, przekonawszy się po przecięciu, iż jądro jest bardzo zniszczone, wyłuszczył je.

Trzebienie zatem odnosić się powinno do takich tylko przypadków, gdzie oprócz zmian w przyjądrzu miąższ jądra jest tak zniszczony lub cały usiany gruzełkami, że nie można liczyć na zabliźnienie się pomimo nacięć i skrobania. Poświęcamy wiąc jądro, wiedząc, że pozostawienie go, nie przyniosłoby żadnej korzyści dla ustroju, przeciwnie zaś, obecność serowatych i zropiałych ognisk wpływałaby ujemnie na stan chorego.

W roku bieżącym operowałem dwa przypadki gruźlicy jąder, stosując w każdym postępowanie nieco odmienne. W pierwszym z nich, u mężczyzny 55-letniego, dotkniętego gruźlicą jądra obustronną, wykonałem po stronie prawej epididymektomią, po stronie zaś lewej, stwierdziwszy zajęcie i jądra, zrobiłem wytrzebienie. Zbadawszy później dokładnie preparat, żałowałem zbytniego radykalizmu, gdyż zmiany okazały się mniejsze, niż to zdawało się podczas operacyi i ograniczały się wyłącznie prawie do ciała Highmora. W przypadku drugim, u chorego 23-letniego, wyciąłem przyjądrze po stronie lewej, nie uszkadzając jądra. Obadwa te przypadki wygoiły się zupełnie dobrze; o trwałości tego wyleczenia, rzecz prosta, zawcześnie jednak sądzić.

W sprawie gruźlicy jąder wielu chirurgów niełatwo zechce porzucić trzebienie, przy pomocy którego może otrzymywali nawet względnie pomyślne wyniki. Idzie mi o podkreślenie większej racyonalności zabiegów częściowych, które przy lepszych, a przynajmniej równych wynikach leczniczych nie powodują tych ciężkich następstw późniejszych dla chorego. Zresztą, należy zawsze w chirurgii kierować się zasadą, iż... „il faut abandonner ce qui fut bon, pour adopter ce qui est mieux“ (Ollier).

[1]) *Mittheil. aus dem Kölner Bürgeshosp.* 1886.
[2]) *Lyon médical.* 1898. 26.
[3]) *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* T. LV. 1900.

IV. **Ze Szpitala Śgo Ludwika i Kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.**

W sprawie gruźlicy u dzieci.

(*Częstość i szerzenie się gruźlicy u dzieci; uwagi nad jej rozpoznawaniem*).

Podał
Dr. Jan Raczyński
Docent pedyatryi Uniw. Jagiell.

Badania, podjęte ostatnimi czasy nad poznaniem dróg szerzenia się i przenoszenia gruźlicy, nad jej rozwojem i przebiegiem, zwróciły uwagę na ważną rolę, jaką w tej sprawie odgrywa wiek dziecięcy. Dzięki tym badaniom obalono nie jedno zdanie, dotąd za pewnik uważane, nie jedno błędne, a utrzymujące się w nauce przypuszczenie, jak n. p. o dziedziczności gruźlicy; równocześnie jednak wyszło na jaw, jak bardzo gruźlica dzieciom zagraża i jak są one skłonne do zakażenia gruźliczego. Przekonano się (Küss, Volland), że rozwijająca się w wieku dojrzałym gruźlica jest w znacznej części przypadków tylko zaostrzeniem i wybuchem nabytej w dzieciństwie, a do tej pory utajonej sprawy chorobowej.

Jasnem jest, jak ważne są te badania dla higieny i sprawy zapobiegania gruźlicy. Znalazłszy dobitny wyraz w uchwałach zjazdów i stowarzyszeń dla zwalczania gruźlicy, powinne one się odbić na sposobie wychowania dzieci pochodzących z rodziców gruźliczych, przedewszystkiem zwracając uwagę lekarzy, pedagogów i rodziców na te niesłychanej doniosłości zagadnienia i wydając owoc nietylko w postaci książkowych rad i wskazówek, lecz także w życiu praktycznem.

Z rozlicznych, nasuwających się tu zagadnień, chciałbym w krótkim zarysie rozpatrzeć sprawę częstości gruźlicy u dzieci, u nas, jak również zastanowić się nad rozpoznawaniem gruźlicy u dzieci, dodając do tego własne spostrzeżenia i doświadczenia.

I.

Brak dotąd w piśmiennictwie pedyatrycznem, szczególnie zaś polskiem, dokładnych danych co do częstości pojawiania się i śmiertelności z gruźlicy w wieku dziecięcym. Ogólne zbiorowe statystyki przynoszą pod tym względem liczby niepewne, prawdopodobnie za nizkie. (Albu na 11000 zmarłych dzieci podaje 1·9% śmiertelności z gruźlicy).

Różnią się też co do tej sprawy znacznie od siebie zapatrywania poszczególnych autorów. Na dowód przytoczę najdalej idące zapatrywanie Andwoorda, który powiada: „man ist fast berechtigt anzunehmen, dass wenigstens in Städten und dichter bevölkerten Gegenden, wo die Krankheit Generationen hindurch geherrscht hat so ziemlich die ganze Bevölkerung, eine oder andere, leichtere oder

schwerere tuberkulöse Infection in der Regel schon in den Kinderjahren durchgemacht hat". Główną przyczyną tej różnicy zdań jest brak zbiorowej statystyki ze szpitali i klinik dziecięcych, na podstawie której możnaby sobie o tej sprawie wyrobić zdanie; dotychczas bowiem każdy z autorów (Fröblius, Schwer, Landouzy, Neureuter itd.) polega wyłącznie na liczbach, osiągniętych w swoim zakresie działania. Wpływają też na różnicę zdań trudności rozpoznawania gruźlicy u dzieci za życia, jak również i osobiste zapatrywania, któremi się autor w rozpoznawaniu gruźlicy kieruje, zwłaszcza zaś wpływa tu znacznie stanowisko zajmowane wobec zołzów (*scrophulosis*). Zdania klinicystów co do istoty tej choroby są jeszcze dotychczas podzielone; podczas gdy jedni uważają ją za odmienną postać łagodniejszego przebiegu, w znacznej części przypadków uleczalnej gruźlicy, inni uważają zołzy za pewien stan chorobowy, ułatwiający wprawdzie przyjęcie jadu gruźliczego i przedstawiający dogodne warunki dla rozwoju gruźlicy, ale nie będący jeszcze gruźlicą (Suchanek, Rotholz). Coraz bliższe zapoznawanie się jednak z tem cierpieniem, oraz prace doświadczalne: bądź z przeszczepianiem gruczołów dzieci zołzowych na zwierzęta (Hybbeneta i Lingarda), bądź też przez szczepienie dzieci zołzowatych tuberkuliną (Beck), wykazały, że pod postacią zołzów kryje się w znacznej części przypadków prawdziwa grnźlica. Tem się tłómaczy, że ostatnie prace autorów, liczących się z temi zapatrywaniami, oceniają częstość gruźlicy znacznie wyżej.

Chcąc nabrać wyobrażenia o częstości tej choroby u dzieci w naszym kraju, należałoby albo posłużyć się statystyką zachorowań, lub statystyką zgonów; w tym drugim przypadku wypadałoby odnieść się do statystyki krajowej. Nie obrałem żadnej z tych dróg, gdyż z powodu trudności, jakie nastręcza rozpoznanie gruźlicy w wieku dziecięcym, statystyki te muszą być niedokładne i z tego powodu postanowiłem użytkować tylko takie przypadki, w których rozpoznanie stwierdzono sekcyą. Zebrane przezemnie dane zyskały przez to wprawdzie na ścisłości, trudno jednak zaprzeczyć, że wskutek tego zestawienia moje nie są tak obszerne, aby można z nich wysnuwać jakieś dalej idące wnioski, opierają się one bowiem na materyale jednego szpitala [1]).

Dzięki uprzejmości prof. Jakubowskiego miałem do rozporządzenia cały materyał już blizko 25 lat istniejącego szpitala św. Ludwika dla dzieci, jak również oddziału klinicznego; zestawienie moje ograniczyłem jednak do ostatnich 10 lat, a to dlatego, że materyał tych 10 lat, był mi, jako pracującemu w owym czasie w tym Zakładzie, dobrze znanym. Przejrzałem więc w Zakładzie anatomii patologicznej prof. Browicza wszystkie protokoły sekcyjne dzieci, zmarłych w tym czasie, wypisując szczegółowo wiek, przyczynę śmierci, rozpoznanie kliniczne i rozpoznanie anatomiczne, główne dane obrazu anatomicznego i t. d. i porównałem te szczegóły z liczbą leczonych w szpitalu św. Ludwika. w tem dziesięcioleciu chorych.

Okazało się że: od początku r. 1889 do końca r. 1898 leczono w szpitalu św. Ludwika ogółem 12.152 dzieci; z tej liczby zmarło w ogóle 3.341. tj 27·4%.

[1]) Krokiewicz uwzględnił wiek dziecięcy w swojem zestawieniu: „Gruźlica na podstawie materyału sekcyjnego z lat 1894, 1895, 1896 w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie«. (*Przegl. lek.* Nr. 43, 45, r. 1897).

Pomiędzy tymi zmarłymi w 611 przypadkach (18·3%) za przyczynę śmierci stwierdzono gruźlicę.

Z zestawień co do śmiertelności z innych chorób w tem dziesięcioleciu przewyższa gruźlicę tylko błonica, z której zginęło w tym czasie 631 dzieci. Znając jednak miejscowe stosunki szpitala, należy pamiętać, że te dzieci gruźlicze, leczone i umierające w szpitalu, pochodzą z miasta Krakowa lub jego najbliższych okolic; gdy tymczasem chorych błoniczych zwożą do naszego szpitala prawie z całej zachodniej Galicyi. Ztąd też możemy wysnuć wniosek, że w naszym szpitalu stosunkowo najwięcej ofiar zabiera gruźlica, gdyż wyższy odsetek śmiertelności z błonicy powstał niejako sztucznie.

Wiadomo, że śmiertelność z gruźlicy jest w różnym wieku dzieci — różną, czyli że w wieku dziecięcym są pewne okresy, odznaczające się większą śmiertelnością. W naszych przypadkach stosunki te przedstawiają się, jak następuje:

Dzieci od	0— 1 r.	życia zmarło	828	z tego	z gruźlicy	74
„ „	1— 2 r.	„ „	624	„	„	123
„ „	2— 3 l.	„ „	419	„	„	118
„ „	3— 5 l.	„ „	627	„	„	126
„ „	5— 8 l.	„ „	453	„	„	125
„ „	8—12 l.	„ „	260	„	„	45

Z zestawienia powyższego widzimy, że najwięcej ofiar zabiera gruźlica między dziećmi w wieku między 5—8 r. życia, a fakt ten zgodny jest z danymi statystyk innych, np. Barthez i Sannee, Papavoina. Stosunkowo najmniej dzieci ginie na gruźlicę w wieku do 1 r. życia; na 828 sekcyj, 74=8·8%. Bliższe rozpatrzenie tych 74 przypadków pouczyło, że częstość gruźlicy w tym okresie życia wzmaga się w miarę przybywania miesięcy. I tak, najwcześniejszy wiek, w którym stwierdzono gruźlicę, jest 21 dni, w 2 przypadkach wiek dzieci wynosił po 4 tygodnie; w 7 przypadkach 2 miesiące; w 4 przypadkach 3 miesiące; w 17 przypadkach wiek dzieci wynosił od 4—7 miesięcy, a w 43 przypadkach, od 7—12 miesięcy; między 1—2 r. życia występuje już gruźlica w poważnym odsetku przypadków.

Jeszcze jeden szczegół należy mi podnieść, tj. częstość gruźlicy ogólnej u dzieci do 3 roku życia; w naszych przypadkach blizko połowa dzieci, ginących z gruźlicy, uległa postaci gruźlicy ogólnej; w późniejszym wieku, tj. powyżej lat 3-ch, częściej spotyka się tylko zmiany w płucach i gruczołach oskrzelowych. Prawdopodobnie zależy to zjawisko od nieznanych nam szczególnych warunków ustroju dziecięcego dla szerzenia się gruźlicy; może być że wchodzi tu w rachubę okres czasu życia, w którym nastąpiło zakażenie, warunki danego ustroju w chwili wtargnięcia do niego jadu, lub, jak to później zobaczymy, droga, którą jad dostaje się do ustroju.

Tak przedstawiają się liczby, odnoszące się do śmiertelności z gruźlicy u dzieci w naszym szpitalu. Ale obok przypadków śmierci z tej choroby, spostrzegamy przy nekroskopii przypadki, gdzie przyczyną śmierci była inna, często ostra zakaźna choroba, a badanie anatomiczno-patologiczne wykazuje ogniska gruźlicze w gruczołach chłonnych, w płucach itd. Jest to tak zw. przez klinicystów gruźlica utajona, postać najczęściej z powodu braku objawów cechujących za życia nierozpoznawana. Z powodu właśnie tych

trudności rozpoznawczych za życia, bardzo ważnem byłoby dowiedzieć się od anatoma patologicznego, jak często spotykamy tę postać gruźlicy na stole sekcyjnym. W naszych badaniach na 2,730 sekcyj dzieci zmarłych z innych chorób spotkano ogniska gruźlicze 112 razy, to znaczy tylko 4·1%. Rozpatrując bliżej tę sprawę, musimy jednak dojść do przekonania, że anatomiczno-patologiczne badanie makroskopowe niewystarcza do wyśledzenia wszystkich przypadków tej postaci gruźlicy. Anatom, badając makroskopowo, rozpoznaje gruźlicę z obecności ognisk serowatych, gruzełków i t. d.; i t. d.; tymczasem wiadomo, że mogą się znajdować prątki gruźlicze w tkankach, n. p. gruczołach (Pizzini), niewywołując zmian, makroskopowo dostrzegalnych; a w tych przypadkach rozstrzygającem mogłoby być badanie mikroskopowe z odpowiedniem barwieniem, lub nawet droga doświadczalna przeszczepiania na zwierzęta. Gdy zaś w naszych przypadkach tego rodzaju badań nieprzedsiębrano, przeto przypuszczać można, że niektóre przypadki tej postaci gruźlicy zostały pominięte, że jest ich znacznie więcej, niż nam to w naszej statystyce wykazał anatom, a utajona postać gruźlicy między dziećmi w znacznie większym stopniu bywa rozpowszechnioną.

Tyle pouczyły nas o częstości gruźlicy wyniki sekcyjne. Chcąc mieć skończony obraz ze względu na częstość gruźlicy u naszych 12.000 dzieci chorych, należałoby policzyć 611 przypadków śmierci z gruźlicy, dodać do tego przypadki gruźlicy utajonej, stwierdzonej na stole sekcyjnym, t. j. przypadków 112, mojem zdaniem jednak znacznie więcej (obliczanej przez niektórych autorów na 25—40% sekcyonowanych) wreszcie należałoby wziąść w rachubę przypadki gruźlicy, leczonej w szpitalu, i w stanie poprawy lub pogorszenia zabranych do domu; dalej przypadki klinicznie za zołzy uchodzące, przypadki gruźlicy utajonej, wreszcie znaczną liczbę przypadków miejscowego cierpienia gruźliczego skóry, kości i chrząstek (Droba) a wziąwszy to wszystko pod uwagę, możnaby, nie obawiając się przesady, twierdzić, że około połowa dzieci w wieku powyżej 1 roku życia, leczonych w szpitalu św. Ludwika, dotknięta jest gruźlicą.

Wobec tego nasuwa się pytanie, skąd się bierze tak znaczna liczba dzieci gruźliczych? Chcąc na to pytanie odpowiedzieć, trzebaby szczegółowo roztrząsać i przytaczać ścierające się dziś zdania zwolenników teoryi dziedziczenia w pojęciu Baumgartena *(bacciläre Vererbung)* i jej przeciwników. Zadowolnię się przytoczeniem przemawiających najwięcej do przekonania zapatrywań Hausera. Autor ten rozpatrzył krytycznie wszystkie dotychczas ogłoszone przypadki odziedziczonej gruźlicy, wykonał cały szereg doświadczeń na zwierzętach i na tej podstawie przyszedł do przekonania, że przeniesienie się gruźlicy wprost, drogą łożyskowego krążenia krwi, przydarza się niesłychanie rzadko i to prawie wyłącznie w przypadkach, gdy matka w czasie ciąży lub porodu dotknięta była gruźlicą ogólną. Innemi słowy, nie możemy dla ogółu przypadków przyjąć dziedziczenia gruźlicy przez przeniesienie prątków drogą krwi z rodziców na dziecko, lecz przeciwnie, tego rodzaju przypadki zaliczyć musimy do niesłychanych wyjątków. Natomiast przyjmujemy, że niewątpliwie istnieje dziedziczenie usposobienia, a rozumiemy przez to, że członkowie pewnych rodzin przychodzą na świat już z zmniejszoną odpornością na gruźlicę, że komórki ich ustroju nie są zdolne do skutecznej obrony przed jadem gruźliczym, że nie są w stanie wytworzyć jakichś istot ochronnych. Ten fakt nie jest w przyrodzie odosobnionym; tego rodzaju bowiem dziedziczenie zmniejszonej odporności pewnych komórek spotykamy bardzo często (n. p. dziedziczenie skłonności do wypadania włosów, skłonności pewnych rodzin do próchnicy zębów i t. d.).

Jeżeli więc na podstawie badań Hausera przyjmiemy zapatrywanie, że dzieci nie dziedziczą gruźlicy, to musimy też przyjąć, że stale nabywają jej przez zakażenie.

Rozpatrując sposoby, którymi zakażenie może przyjść do skutku, dojdziemy do przekonania, że dzieci są szczególnie na zakażenie wystawione. Przyjmujemy trzy drogi, któremi gruźlica dostaje się do ustroju, t. j. skóra, narząd oddechowy i przewód pokarmowy. Zakażenia ustroju drogą powłok zewnętrznych przydarzają się tak u dzieci, jak u dorosłych — nader rzadko. Najczęstszą drogą, którą dostaje się prątek gruźliczy do ustroju, jest niezawodnie narząd oddechowy, jak o tem świadczą tak często spotykane zmiany w gruczołach oskrzelowych i śródpiersiowych. W naszem zestawieniu na 611 sekcyj dzieci gruźliczych zaledwie w 17 przypadkach był brak zajęcia tych gruczołów; Krokiewicz podaje 100% zajęcia gruczołów oskrzelowych gruźlicą u dzieci do lat 15, Hecker 90% i t. d.

W jaki sposób prątki gruźlicze dostają się do gruczołów oskrzelowych? niewątpliwie drogą płuc; twierdzić tak możemy, chociażbyśmy nie znaleźli żadnych zmian w płucach, bo Cornet i inni wykazali, że prątki mogą się dostać do gruczołów oskrzelowych, nie uszkadzając miąższu płuc; tem bardziej zaś tak twierdzić możemy od czasu badań Küssa, który we wszystkich przez się badanych przypadkach zajęcia gruczołów śródpiersiowych stwierdzał mniej lub więcej wybitne zmiany w płucach. Badania Küssa są niejako drogowskazem, którędy przedostają się prątki gruźlicze do ustroju, a zarazem, gdy one dostają się tam powietrzem wdechanem z zewnątrz, dowodem, że gruźlica jest następstwem zakażenia.

Aby dorośli mogli tą drogą nabywać gruźlicy, muszą się prątki unosić z zawierającym je pyłem w górze (Cornet), aż do wysokości ust lub nosa dorosłej osoby, lub też muszą się w tej wysokości znajdować w kroplach cieczy, rozpryskiwanych przez kaszlących suchotników (Fraenkel); dla przesiadujących na ziemi dzieci nawet tych warunków nie potrzeba; obok tego, że zarazić się one mogą przez obcowanie z osobami pielęgnującemi, one same, suwając się po ziemi, rękami zbierają pył, zanoszą go do ust, wdychają go i połykają. To wyświetlenie sposobu zakażania się dzieci tłómaczy nam też, dlaczego gruźlica bardzo rzadko przydadarza się u nich w pierwszych miesiącach życia, t. j. wtedy, gdy dzieci noszone są jeszcze na rękach, a szerzy się znacznie gwałtowniej po 1-szym roku życia, kiedy przeważna część dzieci biedniejszych zwłaszcza rodziców spędza całe dnie na suwaniu się po ziemi. (Comby, Volland).

Zapewne trudno jest o ścisłe, naukowe dowody na poparcie tych zapatrywań; na razie świadczą o ich słuszności doświadczenia z praktyki. Znanym mi jest przypadek gruźlicy u dziecka 11-miesięcznego, pochodzącego z rodziców zdrowych, karmionego mlekiem matki, u którego rozwinęła się gruźl c ogólna po wprowadzeniu się do mieszkania, w którem bezp średnio przedtem chorował i umarł suchotnik.

Dziecko biednej stróż-i właśnie próbowało swoich pierwszych samodzielnych ruchów na zapewne źle wymytej i nieodkażonej posadzce i prawdopodobnie w opisany wyżej sposób nabyło gruźlicy i jej uległo.

Obok najczęstszej drogi przedostawania się prątków gruźliczych do ustroju dziecięcego, t. j. drogi narządu oddechowego, istnieją też dla tego ustroju niezwykle niebezpieczne warunki zakażenia drogą przewodu pokarmowego. Z pokarmów przenosić mogą gruźlicę: wyjątkowo mięso zwierząt gruźliczych, a najczęściej mleko. O mleku wiemy, że zawierać może jadowite prątki gruźlicze, nawet wtedy, gdy pochodzi z krów gruźliczych ze zdrowemi wymionami; to znaczy, że w naszych warunkach zawiera je bardzo często (Bujwid), a właśnie mleko stanowi główne, jeśli nie wyłączne pożywienie dzieci. Udowodniono doświadczeniami (Chauveau), że prątki gruźlicze, spożywane w odpowiedniej ilości przez pewien czas, wywołują najpierw gruźlicę przewodu pokarmowego, później ogólną; Bollinger na zjeździe berlińskim dla gruźlicy podał do wiadomości ciekawy fakt, że gruźlica szerzy się bardzo silnie u prosiąt, karmionych niegotowanem mlekiem, a zwłaszcza mlekiem chudem, pozostałem po oddzieleniu śmietanki (zapomocą centryfugi), że gruźlica ta uogólnia się łatwo, a zatem przebieg jej zbliża się bardzo do przebiegu gruźlicy u dzieci. Nie może też ulegać wątpliwości, że przydarzają się przypadki zakażenia tą drogą u dzieci, bo zatem przemawiają i powyższe rozważania i wyniki sekcyj. W naszych przypadkach zanotowano 2 razy w protokołach sekcyjnych zmiany gruźlicze w gruczołach krezkowych *(degeneratio caseosa glandul. mesaraicarum)*, bez zajęcia ściany jelita, bez równoczesnej obecności zmian gruźliczych w innych narządach lub gruczołach, a 67 razy zmiany gruźlicze w tychże gruczołach, przy obecności wrzodów gruźliczych w jelitach, zmian gruźliczych (często jam) w płucach, lub gruźlicy ogólnej.

Możliwość przedostania się prątków gruźliczych tą drogą uważać możemy za pewnik; trudniejszem jest do rozstrzygnięcia pytanie, jakie znaczenie w patogenezie gruźlicy przypisać tej drodze? Nie mamy dotąd żadnych podstaw do twierdzenia, ani na mocy wyniku sekcyj, ani obserwacyi klinicznej, jaką drogą w danym razie jad przedostał się do ustroju, tem mniej nie możemy określić, jaka ilość zakaża się tą lub ową drogą. Śledząc przypuszczalny bieg prątków, które' przedostały się drogą przewodu pokarmowego, możnaby wnioskować, że ta droga częściej i łatwiej prowadzi do rozrzucenia jadu gruźliczegopo ustroju, bo z przewodu pokarmowego możliwe jest przedostanie się do krwiobiegu, tak za pośrednictwem naczyń chłonnych (*ductus thoracicus)*, jak i naczyń żylnych. Przypuszczenie takie odpowiadałoby przytoczonemu wyżej spostrzeżeniu Bollingera. Przypuszczeniu takiemu nie sprzeciwiałby się też fakt tak częstego zajęcia gruczołów oskrzelowych, gdyż możnaby przypuścić przypadki, w których osobnik, już poprzednio zakażony drogą narządu oddechowego i z zajętemi wskutek tego gruczołami oskrzelowymi, znaleźć się może tem łatwiej w warunkach, prowadzących do zakażenia z przewodu pokarmowego, a gdy to nastąpiło, przychodzi do gruźlicy ogólnej. Sigg i Hanau badali cały szereg przypadków gruźlicy prosówkowej, śledząc głównie za miejscem, którem jad przedostał się do krwiobiegu i na podstawie swych badań twierdzą, że w 65—80% przypadków miejsce to da się wykazać; kto wie, czy w pozostałych 20—35% uogólnienie gruźlicy nie odbywa się drogą przez przewód pokarmowy?

Chcąc wyczerpać wszystkie, że się tak wyrażę, mechanizmy przedostawania się prątka gruźliczego, należy mi jeszcze wspomnieć o migdałkach, które, zdaniem wielu badaczy, też mogą być drogą dla wtargnięcia laseczników Kocha.

Powyższy rzut oka na sposoby i drogi, któremi gruźlica się szerzy, objaśnia nas dostatecznie, jak bardzo ta choroba zagraża ustrojowi dziecięcemu, jak dogodne dla siebie znajduje okoliczności i warunki; z drugiej strony tłómaczy nam, dlaczego tak znaczna część dzieci gruźlicę nabywa. Aby jednak nie wpaść w przesadę, należy nam i o tem pamiętać, że ustrój posiada środki obrony przeciw zakażeniu, a gdyby nawet ono nastąpiło, umie znaleźć środki do wydzielenia jadu, do odgraniczenia go i uczynienia nieszkodliwym. Musimy się liczyć z tym faktem, że znaczna część dzieci nabywa gruźlicę, ale ją i przebywa, nie ulegając jej wcale, jak o tem świadczą między innemi n. p. ogniska gruźlicze u osobników, zmarłych w późnym wieku, przypadkowo przy sekcyi odkrywane.

V. Samozatrucie, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych.

(Zarys krytyczny)

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski.

Z wielu przyczyn, wywołujących stany chorobowe ustroju, samo zatrucie produktami własnej wymiany materyi odgrywa niewątpliwie niepoślednią rolę. Na doniosłe znaczenie tego czynnika przyczynowego zwrócił przed 20 laty szczególną uwagę Ch. Bouchard, któremu zupełnie słusznie przyznane jest ojcowstwo całej nauki o samozatruciu ustroju. Niestety, niedokładność i niedostateczność naszej wiedzy w dziedzinie chemii fizylologicznej z jednej strony i ogromna zawiłość zjawisk i procesów, odbywających się w ustroju z drugiej, nie dały możności ani Ch. Bouchardowi, ani następnym pracownikom wyodrębnić w czystej postaci tych istot trujących, przez co jesteśmy do tej pory pozbawieni niezaprzeczalnych dowodów istnienia w mowie będącego czynnika i ocenienia jego doniosłości w patologii. Wobec narazie zupełnie bezowocnych poszukiwań w tym kierunku zaproponował Bouchard, jak wiadomo, nową miarę, mającą wskazywać na obecność w ustroju istot trujących, mianowicie, stopień jadowitości moczu. Lecz i ta na pierwszy rzut oka wiele obiecująca teorya o t. zw. współczynniku urotoksycznym nie wytrzymała krytyki nowoczesnej. Okazało się bowiem, że współczynnik urotoksyczny przedstawia i w stanie prawidłowym ustroju bardzo znaczne wahania i jest w zależności od wielu nieraz nieuchwytnych warunków. Z drugiej zaś strony Bouchard zupełnie nie ocenił tak ważnego czynnika, jakim jest naruszenie w jego doświadczeniach prawidłowego ciśnienia osmotycznego krwi. Wobec wyników nowszych badań poglądy Boucharda muszą zupełnie ustąpić, jako wytwór wyobraźni. — Taki sam los spotkał i metodę Albu, który zalecał w tymże celu, co i Bouchard, badanie stopnia jadowitości surowicy krwi. Zostają więc tylko dowody poboczne, ktore dziś są

nader liczne i posiadają taką wagę, że już teraz jesteśmy w stanie wyodrębnić niektóre postacie patologiczne i stwierdzić ich w związek z samozatruciem ustroju.

II.

Czysty wzór samozatrucia ustroju przedstawia mocznica. Już oddawna tłómaczono jej powstanie zatruciem ustroju wytworami wymiany materyi, zatrzymanymi w nim w skutek niedomogi czynnościowej nerek. Różnica zdań zachodziła tylko w oznaczeniu, któremu z tych wytworów przypisać należy powstanie mocznicy. Dawniejsze twierdzenia, jakoby mocznica miała być zatruciem ustroju mocznikiem, kreatyną i innemi istotami wyciągowemi, a także amoniakiem, chybiły celu. Również nie sprawdziła się i teorya Boucharda, który utrzymywał, że mocznicę wywołuje samozatrucie ustroju zatrzymanemi w nim urotoksynami. W ostatnich czasach wybitne zajęła miejsce teorya, podług której mocznica przedstawia samozatrucie ustroju solami potasowemi. Ten pogląd został wypowiedziany jeszcze w roku 1868 przez Voita, lecz dopiero niedawno znalazł gorących zwolenników w Feltzu, Ritterze, Astaszewskim, Stadthagenie i prof. wszechnicy lwowskiej Becku. Autorowie ci wyjaśnili przedewszystkiem, że przy zatrzymaniu moczu, w ustroju rzeczywiście nagromadzają się sole potasowe w ilości, wystarczającej dla trującego działania i złożyli niezaprzeczalne dowody całkowitej tożsamości objawów przy wstrzykiwaniu do ustroju moczu i odpowiedniej mocy rozczynów nieorganicznych jego składników (Beck). Niestety kliniczne poszukiwania, przedsięwzięte w celu sprawdzenia tej teoryi, nie dały dotychczas dodatnich wyników. W samej rzeczy, Horbaczewski i Bohne nie mogli przekonać się o gromadzeniu soli potasowych we krwi osób chorych na mocznicę, a Snyers i Limbeca — w doświadczalnej mocznicy; Bruner zaś znalazł zawartość ich w 4 przypadkach mocznicy — nawet obniżoną. Muszę jednak zaznaczyć, że przytoczeni autorowie określali ilość soli potasowych tylko we krwi; tymczasem są fakta w piśmiennictwie, wskazujące na możność osadzania się ich w mocznicy w narządach wewnętrznych, jak to dowiódł dla chlorku Bohne. Oddawna przecież wiadomo, że krew stara się z zadziwiającą uporczywością zachować swój skład prawidłowy i pozbywa się w ten lub inny sposób obcych i zbywających substancyj.

Mniej uzasadnioną jest teorya, według której mocznica przedstawia samozatrucie ustroju kwasami. Ten pogląd został wygłoszony, jak wiadomo, przez v. Jakscha, na podstawie stwierdzonego przezeń w mocznicy obniżenia zasadowości krwi. Zwolennikami zapatrywań Jakscha są: Hahn, Massen, Nencki i Pawłow, którzy, wychodząc ze swoich dobrze znanych doświadczeń z rękoczynem Ecka, wypowiedzieli zdanie, że mocznica polega na zatruciu ustroju kwasem karbaminowym. Twierdzenia v. Jakscha nie mogą jednak w obecnej chwili być przyjęte, ponieważ jego metoda określania zasadowości krwi jest zupełnie nieścisłą. Z następnych autorów tylko Brandenburg, posługując się dokładną metodą Löwy-Zuntza, znalazł w mocznicy obniżenie zasadowości krwi. Do tegoż wniosku przyszedł uboczną drogą i Bruner, który wykazał zmniejszoną zawartość we krwi chorych na mocznicę węglanu i dwuwęglanu sodowego. Wszystkie te twierdzenia tracą jednak wiele na swej wartości wobec badań Winterberga, który przekonał się, że w mocznicy klinicznej osób chorych i w doświadczalnej u psów — zawartość amoniaku we krwi nie przewyższa ilości prawidłowej, czego należałoby oczekiwać na podstawie prac Waltera, Coranda, Hallervordena, Biernackiego i prof. v. Limbecka, jeśliby mocznica rzeczywiście przedstawiała zatrucie ustroju kwasami.

Ta bezowocność poszukiwań istot trujących w mocznicy zmusiła badaczów szukać przyczyny w fizycznych warunkach, mianowicie w naruszeniu ciśnienia osmotycznego krwi [1]). I rzeczywiście, zmieniając dowolnie jego stopień przez wprowadzenie do krwi zwierząt rozczynu soli kuchennej w większem lub mniejszem zagęszczeniu drobinowem, w porównaniu z krwią, tj. rozczynów hiper- i hipoizotonicznych, wielu z autorów (Hymans vom der Bergh, Posner und Vertum i inni) spostrzegało ten sam obraz kliniczny, co i Bouchard podczas swych doświadczeń z wstrzykiwaniami do krwi moczu; to wprowadzenie do krwi równoznacznych rozczynów soli lub moczu, nawet w znacznej ilości, znosiły zwierzęta bez jakichkolwiek następstw szkodliwych. Na zasadzie tych właśnie doświadczeń powstała myśl o wystąpieniu mocznicy w skutek podniesienia prawidłowego zagęszczenia drobinowego krwi z zatrzymanych w ustroju soli. Wielu autorów (v. Koranyi, H. Senator, M. Senator, Lindemann, Vaquez et Bousquet etc.) w istocie przekonało się, że w mocznicy ciśnienie osmotyczne, zależne od zagęszczenia drobinowego, jest zwiększone. Niektórzy autorowie badając przyczynę mocznicy (Lindemann) odrzucają zupełnie wpływ istot trujących, sprowadzając jej powstanie do naruszenia ciśnienia osmotycznego, mianowicie, do jego wzrostu. Ten pogląd jednak, według mego zdania, jest zbyt skrajny, nie bierze bowiem pod uwagę tych faktów, które stwierdzono w ostatnim czasie, mianowicie odnoszących się do działania nieorganicznych soli moczu (Beck), a oprócz tego, nie można na jego podstawie objaśnić tych przypadków mocznicy, gdzie podniesienie zagęszczenia drobinowego krwi nie ma miejsca, (Korànyi, M. Senator), a także nieraz stwierdzone spostrzeżenie, że zwiększenie ciśnienia osmotycznego niezawsze sprowadza mocznicę (v. Korànyi, M. Senator, Kövezi i Róth etc.). Przypadki te przeciwnie przemawiają, zdawałoby się, za tem, że mocznicę wywołuje nie podniesienie ciśnienia osmotycznego krwi, a więc nie nagromadzenie w niej soli, lecz owszem prędzej zmuszeni jesteśmy do sprowadzenia jej do działania jakiegoś jadu przyrody białkowatej, ponieważ substancye białkowate, jak wykazali Bougarszky i Tangl, nie mają wpływu na zagęszczenie drobinowe krwi. Do tego właśnie poglądu przyłącza się w jednej z ostatnich swoich prac prof. v. Korànyi, któremu należy się zaszczyt wprowadzenia do medycyny nauki o zagęszczeniu drobinowem krwi i osmotycznem jej ciśnieniu.

Widzimy więc, że w obecnej chwili nie mamy jeszcze dostatecznych podstaw, ażebyśmy mogli sprowadzić mocznicę do samozatrucia ustroju jakąkolwiekbądź jedną substancyą trującą. Z tem przypuszczeniem nie zgadza się kliniczny

[1]) Szczegółowy rozbiór tej teoryi, również jak i wyżej wymienionych, znajdzie czytelnik w niedawno ogłoszonej przezemnie pracy: Mocznica w świetle badań współczesnych, (*Gazeta lekarska, 1900*) gdzie omawiam historyczny rozwój nauki o jej powstaniu.

obraz mocznicy, który uderza swoją różnorodnością. Pomimo woli nasuwa się myśl, że ją mogą wywoływać różne przyczyny na podobieństwo tego, jak naprzykład moczówka cukrowa rozwija się nie tylko przy nakłóciu Cl. Bernarda.

III.

Nie mniej wybitną rolę w zabezpieczeniu ustroju od samozatrucia odgrywa wątroba. Naruszenie czynności takiego narzadu nie może nie pociągać za sobą zmian w ogólnym stanie ustroju. Rzeczywiście, już oddawna klinicystom był znany fakt, że chorzy na wątrobę giną nieraz wśród objawów toksycznych (*cholaemia*, *acholia*). Powstanie ich przypisywano, jak wiadomo, samozatruciu ustroju pierwiastkami składowymi żółci, mianowicie solami żółciowemi, co dało powód do nazwania tego obrazu klinicznego „*cholaemia*". Wkrótce okazało się jednak, że doświadczalne zatrucie zwierząt solami żółciowemi różni się od obrazu „*cholaemiae*," który przebiega niejednakowo. Kliniczne spostrzeżenia wskazują także, że „*cholaemia*" przyłącza się i do takich cierpień wątroby, w których wchłanianie żółci do krwi niema miejsca, np. w zanikowej lub przerostowej postaci marskości wątroby bez żółtaczki (Markl etc.). Wszystkie te fakta zmuszają do odrzucenia poglądu, że „*cholaemia*" wywołuje samozatrucie ustroju żółcią i solami żółciowemi w szczególności. Co prawda, w ostatnich czasach, bo w r. 1898, Biedl i Kraus znowu wystąpili w obronie tego poglądu: autorom tym udało się wywołać u różnych zwierząt obraz, identyczny z „*cholaemia*" przez wprowadzenie pod twardą oponę mózgu b. małych ilości nader słabych rozczynów soli żółciowych. Do takiegoż wyniku jednocześnie doszedł i Bickel, który używał w tymże celu żółci i taurocholanu sodowego *in substantia*. W każdym razie jednak fakta przytoczone zniewalały gdzieindziej szukać wyjaśnienia toksycznych objawów zatrucia żółcią *(cholaemia)*. Nowy kierunek w poglądach na powstanie tego zatrucia był nadany dzięki doświadczeniom, które miały na celu wyświetlenie sprawy tworzeniu się w ustroju mocznika. Wśród tych doświadczeń spostrzeżono, że wykluczenie wątroby z ogólnego krwiobiegu zapomocą rękoczynu Ecka (Hahn, Massen, prof. Nencki i prof. Pawłow), lub wycięcia znacznych jej kawałków (Meister etc.), lub nakoniec przez zastrzykiwanie do przetoki żółciowej kwasów rozcieńczonych (Pick, Denys i Stubbe) sprowadza śmierć zwierzęcia wśród objawów toksycznych, pomimo że żółć nie wchłania się do krwi. Nie sole więc żółciowe, a przynajmniej nie same tylko one są przyczyną zatrucia, lecz najprawdopodobniej te wytwory, które zatrzymują się w zwykłych warunkach w wątrobie i podlegając tu zmianom, tracą swe własności jadowite. Wszytkie te dane wyświetliły nam obraz zatrucia, który spotykamy nieraz u końca życia chorych na wątrobę. Oczywiście i tu mamy do czynienia z zatruciem ustroju przez istoty szkodliwe, rozwijające się w kiszkach i w różnych innych częściach ustroju, a nawet w samej wątrobie: wskutek niedostatecznej działalności lub bezczynności patologicznie zmienionej wątroby wytwory te gromadzą się we krwi i powodują zatrucie. Zatrucie to może powstawać i przebiegać bardzo szybko, jak to stwierdzamy w ostrym żółtym zaniku wątroby. Z punktu więc widzenia tego poglądu słuszniejby było nazywać cały omawiany obraz kliniczny nie „*cholaemia*" i nie „*acholia*," lecz według Quinckego „*hepatargia*" (ἀργία bezczynność) lub zatruciem pochodzenia wątrobowego *(hepatische Intoxication)*.

IV.

Oprócz wątroby i nerek mamy w ustroju jeszcze gruczoły, których zaburzeniom czynnościowym przypisują również wybitną rolę w powstaniu samozatrucia. Do tych należą narządy z t. zw. „*sécrétion interne*" Brown-Séquarda. Najważniejszymi z nich są: gruczoł tarczykowy i nadnercza.

Na zasadzie rozmaitych wskazówek, nabytych drogą doświadczeń, twierdzić możemy, że jedną z czynności tych narządów jest zobojętnienie trujących wytworów przemiany materyi. Naruszenie tej czynności wywołuje stan patologiczny ustroju, który dla gruczołu tarczykowego wyraża się dwiema postaciami: obrzękiem śluzakowym i chorobą Basedowa, a dla nadnerczy — chorobą Addisona.

Co się tyczy obrzęku śluzakowego, to chociaż już w pierwszych opisach tej choroby stwierdzono znaczne zwyrodnienie i zanik gruczołu tarczykowego, okoliczność ta zwróciła na siebie uwagę dopiero, gdy Reverdin i Kocher wskazali na fakt, że po całkowitem wycięciu gruczołu tarczykowego u człowieka powstał stan kretynizmu, identyczny z obrzękiem śluzakowym. Spostrzeżenie to naprowadziło na myśl o związku między omawianym stanem patologicznym i brakiem gruczołu tarczykowego. Idąc za tą myślą, Bircher w r. 1889 istotnie otrzymał znaczne polepszenie u chorego na obrzęk śluzakowy po wszczepieniu mu gruczołu tarczykowego. Wkrótce został ogłoszony cały szereg podobnych spostrzeżeń; do nich przyłączyły się spostrzeżenia skutecznego leczenia obrzęku śluzakowego przetworami z gruczołu tarczykowego. W obecnej więc chwili nikt już nie wątpi, że obrzęk śluzakowy przedstawia samozatrucie ustroju wytworami przemiany materyi, które w warunkach prawidłowych zobojętniają się dzięki gruczołowi tarczykowemu. Niestety, dotychczas nie udało się rozstrzygnąć, jakiego rodzaju są te wytwory. Cyon, Blumreich i Jacoby są zdania, że są to substancye, zawierające jod, które gruczoł tarczykowy w zwykłych warunkach przetwarza w względnie nieszkodliwą jodotyrynę; według zaś Notkina trujące te istoty są przyrody nie białkowatej, zwykle zobojętniane przez tyreoantytoksynę, wydzielaną przez gruczoł tarczykowy, oraz trująca substancya białkowata tyreoproteida. Przy zastrzykiwaniu tej ostatniej u psów otrzymał Notkin nawet zmiany w tkance podskórnej, właściwe obrzękowi śluzakowemu.

Gdy związek między obrzękiem śluzakowym i gruczołem tarczykowym został stwierdzony, zwrócili uwagę klinicyści na stan chorobowy, wręcz mu przeciwny, jak to wykazał jeszcze Virchow, mianowicie na chorobę Basedowa. Wychodząc z tej zasady Möbius (w r. 1887) wystąpił, jako gorący zwolennik teoryi dowstawania choroby Basedowa na tle patologicznej czynności gruczołu tarczykowego, która, według najnowszych poglądów, polega na nadmiernej wytwórczości wydzieliny, odpowiednio rozrostowi *(hyperplasia)* gruczołu, oraz na zmianach jakościowych tej wydzieliny (Eulenburg), co staje się powodem, że ona nie jest już w stanie zobojętniać trujących wytworów przemiany materyi. W istocie spostrzeżenia wykazują ogromne podobieństwo, nawet pod względem przemiany materyi (Ma-

gnus-Levy), choroby Basedowa z objawami przeładowania ustroju wytworami gruczołu tarczykowego; okoliczność tę podkreśla w ostatnim czasie Notthafft, który ogłosił w r. 1898 przypadek choroby Basedowa na tle podobnego przeładowania. Znaczne pogorszenie choroby Basedowa przy leczeniu jej przetworami gruczołu tarczykowego (Ewald, Goldscheider, Leichtenstern, Mackenzie, Bruns, Eulenburg etc), dobre wyniki operacyjnego jej leczenia (cząsteczkowe wycięcie gruczołu tarczykowego, podwiązanie jego naczyń krwionośnych, *exothyreopexia* etc. (Mikulicz, Sorgo, Wolff, Möbius etc.), i nakoniec skuteczne leczenie tej choroby krwią zwierząt, pozbawionych drogą operacyjną gruczołu tarczykowego, lub krwią chorych, dotkniętych obrzękiem śluzakowym (Burghardt), wszystkie te okoliczności tem więcej przemawiają za tarczykową teoryą choroby Basedowa. Lecz przy obecnym stanie naszej wiedzy nie mamy jeszcze prawa, mojem zdaniem, zastósowywać tę teoryę do wszystkich przypadków choroby Basedowa bez wyjątku. W samej rzeczy, jeśli w większości przypadków leczenie jej przetworami gruczołu tarczykowego spowodowywało pogorszenie, to w piśmiennictwie spotykamy i odwrotne spostrzeżenia, mianowicie polepszenie (Voisin i Heinsheimer, Silex i Grünfeld, Morin, Bogroff, Lichwitz i Sabrazès etc.). Z innej znowu strony leczenie jej drogą operacyjną prowadzi prawie we wszystkich przypadkach tylko do podmiotowego polepszenia choroby; przedmiotowe zaś jej objawy (wysadzenie gałek ocznych, przyspieszenie tętna, wól etc.), nie ustają i po operacyi. Nakoniec nie trzeba zapominać, że choroba Basedowa i sama przez się daje nie zawsze niepomyślne rokowanie, owszem nieraz stan chorych polepsza się znacznie i bez żadnego leczenia, tylko dzięki zachowaniu pewnych przepisów higienicznych, a czasami tylko dzięki psychicznym wpływom. Jeśli do tego dodam, że ona nieraz powstaje szybko, wraz za wstrząśnieniem moralnem, to trudno się nie zgodzić na to, że w jej patogenezie wybitną musi odgrywać rolę ośrodkowy układ nerwowy, znaczenie którego zbyt pospiesznie, mojem zdaniem, odrzucają zwolennicy jej pochodzenia drogą samozatrucia. (Mobius, Notthafft i inni).

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wyciągi.

Doc. dr. Gottschalk: **Leczenie nawałów okresu przejściowego gorącemi kąpielami.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23 1900). Do najprzykrzejszych objawów okresu przejściowego należą bezsprzecznie nawały, uczucie gorąca i obfite, zwłaszcza nocne, poty, które przedewszystkiem kobietom po sztucznie przedwcześnie sprowadzonym okresie przejściowym największe sprawiają dolegliwości. Tabletki ooforyny, w tych przypadkach zalecane, przeważnie żadnej ulgi chorym nie przynoszą, a w dodatku narażają je na znaczny wydatek. W tych przypadkach stosuje autor od roku 1897 gorące (32—33° R.), pełne kąpiele, 20 minut trwające, co noc po 11 godzinie stosowane, do wody dodaje 5 funtów soli Strassfurtskiej; 26—28 takich kąpieli wystarczało w każdym przypadku do usunięcia powyższych przykrych objawów. Na dowód przytacza autor dla przykładu historye choroby dwóch kobiet, które po wyłuszczeniu macicy z powodu mięśniaków cierpiały na te dolegliwości i po czterotygodniowej kuracyi wyleczone zostały,

Ponieważ dotychczas istota owych nawałów wyjaśnioną nie jest, autor jedynie hipotezą działanie owych kąpieli wytłómaczyć usiłuje. A że w szczegóły hipotezy, szeroko przez autora rozwiniętej, ciasne ramy wyciągu wchodzić nie pozwalają, zaznaczę w krótkości, że autor uważa owe nawały, uczucie gorąca, jako następstwo zaburzenia w układzie naczynioruchowym, które przez sztuczne usunięcie krwawienia miesiączkowego powstaje, i że nawały owe są prawdopodobnie wyrazem zmian w parciu krwi w naczyniach skórnych i w jamie otrzewnowej, na których przedewszystkiem czynność układu naczynioruchowego się odbija. Gorące kąpiele, rozszerzając naczynia skórne, mają właśnie przeciwdziałać podniesionemu parciu krwi w naczyniach skórnych. *Dr. Ludwik Friedmann.*

Dr. M. Henkel. **Przypadek wyleczonego gruźliczego zapalenia opon mózgowych.** *(Münch. med. Wochft.* 23. 1900). Na podstawie znanych z piśmiennictwa, a pomyślnie zakończonych przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych, jak również własnego przypadku, w którym mimo stwierdzenia nakłóciem lędźwiowem prątków gruźliczych w płynie mózgowordzeniowym, mimo zapalenia nerwu wzrokowego i porażeń mm. ocznych, przyszło do wyleczenia, stwierdza H., że nawet najpewniejsze rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon mózgowordzeniowych nie upoważnia do bezwzględnie złej prognozy. *Dr. St. B. K.*

Doc. dr. Bettmann. **Szczególna postać przewlekłej żółtaczki.** *(Münch. med. Wochschft.* 23. 1900). Autor opisuje przypadek stałej żółtaczki, bez śladu barwików żółciowych w moczu i odbarwienia kału, jak również bez dających się wybadać zmian w wątrobie; odznaczał się on tylko b. znacznym obrzękiem śledziony. Przypadek ten na pierwszy rzut oka odpowiadał postaci żółtaczki, jaką w ostatnich czasach Hayem opisał pod nazwą *Ictère chron. infect. splénique,* a w której obrzęk śledziony tłómaczy zakażeniem jej drobnoustrojami, które z jelit, drogą wielkich przewodów żółciowych, z nich zaś naczyniami do niej się dostają.

Bliższe badanie wykazało, że w przypadku tym po wszelkich bodźcach fizycznych i psychicznych, w moczu pojawiał się wyraźny ślad białka, oraz znaczna ilość barwików krwi i ciałek czerwonych. Przypadek niejasny, chociaż bowiem taka hemoglobinurya napadowa tłómaczyłaby żółtaczkę i obrzęk śledziony, to jednak możliwe są jakieś wrodzone nieprawidłowości krwi i głębsze zmiany w wątrobie, które dopiero sekcya wykazać potrafi.

Dr. St. B. Kwiatkowski.

Dr. Hans Hock. **Przypadek ciąży zamacicznej wyleczonej przez cięcie brzuszne.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 23. 1900). Autor opisuje przypadek ciąży zamacicznej, który przez cięcie brzuszne wyleczył. Z historyi choroby zasługuje na uwagę ta okoliczność, że chora w drugim miesiącu ciąży przebyła objawy zapalenia otrzewnej, skutkiem których 5 tygodni w łóżku leżała, poczem stosunkowo nie źle się miała, aż w czasie, odpowiadającym mniej więcej końcowi ciąży, objawy zapalenia otrzewnej znowu się powtórzyły, ruchy płodu ustały, poczem po dwóch tygodniach urodziła jakieś ciało krwawe wielkości pięści (prawdopodobnie doczesną). Gdy w ciągu dwóch dalszych miesięcy stan chorej się coraz pogarszał, poddała się operacyi.

Cięcie brzuszne wykazało ciążę trąbkową donoszoną; płód wydobyty, zmacerowany, okazywał cechy płodu donoszonego. Z trudnością tylko udało się schorzałą trąbkę wraz z jajem płodowem ze zrostów z trzewami wyłuszczyć i wyciąć. Podczas ozdrowiania przebyła chora objawy niedrożności jelit, które jednak pod wpływem lewatyw ustąpiły tak, że chora zupełnie wyleczona szpital opuściła. *Dr. Ludwik Friedmann.*

H. Kowarski. **O kąpaniu noworodków.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 24. 1900). Autor zestawia literaturę, tyczącą się sprawy kąpania noworodków i na podstawie doświadczeń, przedsięwziętych na 420 noworodkach, z których jedną połowę kąpał, a drugą nie, zapisując codziennie ciepłotę noworodków, zaburzenia w czasie zasychania pępowiny i czas jej odpadania, zbija wszelkie zarzuty przeciwników kąpieli, mianowicie, że 1) maczanie pępowiny przy kąpieli utrudnia jej mumifikacyę, gdyż doświadczenia jego wykazują, że kąpanie wcale wpływu na czas odpadania pępowiny nie ma; 2) że kąpiel zakażenia pępka ułatwia; zakażenie wprawdzie utrudnione przy zmumifikowanej pępowinie, jednak równie dobrze powierzchnia ziarninowa pępka od zakażenia chroni; jeżeli zaś przyjmiemy, że czas odpadania pępowiny wcale od kąpania zależnym nie jest, odpada zarazem i obawa przed zakażeniem przez kąpanie noworodka; 3) co się tyczy możliwości zakażenia noworodka gonokokami w kąpieli, to wszyscy autorowie zgadzają się na kąpiel pierwszą; nieudowodnioną jest rzeczą, czy gonokoki na skórze noworodka po kąpieli pierwszej w żywotnym stanie się utrzymują, tak samo możliwe, jeżeli nie łatwiejsze chyba zakażenie noworodka gonokokami przy wycieraniu mokrą gąbką; do zakażenia bowiem spojówki gonokokami prawdopodobnie tylko jej zwilżanie wodą, zawierającą te drobnoustroje, nie wystarczy, ale muszą one być wtarte, o co łatwiej przy wycieraniu tylko mokrą gąbką noworodka. Co się tyczy zależności wzrostu ciężaru od kąpania, autor doświadczeń nie robił.

Uwzględniając powyżej przytoczone argumenta, doświadczeniem poparte, autor poleca kąpanie noworodka w czasie zasychania pępowiny.

Dr. Ludwik Friedmann.

Dr. F. Friedmann. **Przyczynek do symptomatologii miażdżycy. Szczególny objaw przy osłuchiwaniu aorty zstępującej.** *(Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25). Autor podnosi cały szereg objawów, spotykanych w miażdżycy, a zależnych od schorzenia naczyń odżywczych pojedyńczych narządów i wywołanej przez to w nich niedokrewności. Następnie zwraca uwagę na spostrzegany stale przez siebie szczegół rozpoznawczy, że przy osłuchiwaniu aorty wzdłuż jej przebiegu z tyłu klatki piersiowej w lewej połowie przestrzeni międzyłopatkowej, jasność i wybitność obu tonów aorty, a przedewszystkiem zaakcentowanie drugiego, wzmaga się w miarę, jak osłuchujemy coraz niżej wzdłuż przebiegu aorty zstępującej, dochodząc *maximum* na wysokości kąta dolnego łopatki. Przeciwnie, u osobników niedotkniętych miażdżycą, najgłośniejsze tony nad aortą zstępującą spotyka się na wysokości jej początku, a więc w górze klatki piersiowej, w miarę zaś obniżania się ku dołowi tony cichną.

L. W.

Docent dr. Sternberg. **Uwagi nad klatką piersiową u robotników, zajętych wygniataniem przedmiotów z blachy.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 25). Wiele rzemiosł wywołuje u ludzi z biegiem lat cechujące zniekształtnienia szkieletu. Dość wspomnieć o klatce piersiowej u szewców (t. z. *Schusterbrust).* Podobnie robotnik zajęty wygniataniem przedmiotów z blachy *(Metalldrucker)* nabywa z czasem zniekształtnienia klatki piersiowej, zależnie od stale zachowywanej przy pracy skrzywionej postawy. Jego klatka ugnieciona i spłaszczona od przodu w dole po stronie prawej (ucisk rylca), a wypuklona po stronie prawej z tyłu (silniejszy rozwój m. szerokiego grzbietu prawego) przypomina klatkę piersiową z wypociną w prawym worku opłucnowym w okresie wytwarzania się zrostów.

L. W.

J. Strzelbicki (Tuła). **O znaczeniu rozpoznawczem „plam Koplika" przy odrze, oraz kilka słów o języku „odrowym".** *Gazeta Lekarska* Nr. 8). Z przytoczonych przez autora rozpraw wynika, że właściwie Filatow był pierwszym, który na objaw ten zwrócił uwagę lekarzy. W ostatniej epidemii w Tule spostrzegał autor między 100 przypadkami odry 84 razy wymienione zmiany na błonie śluzowej policzków i warg, a mianowicie na 59 przypadków z niewątpliwą wysypką odrową 40 razy; w 20 przypadkach z wysypką niewyraźną, dopiero się zjawiającą, 18 razy i w wszystkich 21 przypadkach, w których wysypki wcale jeszcze nie było. Plamy Koplika są zatem charakterystyczne, patognomoniczne dla odry i musimy im przypisać doniosłe znaczenie rozpoznawcze, jeżeli nie większe, to już w żadnym razie nie mniejsze, niż wysypce na podniebieniu miękkiem. Na spojówce tych plam nie widział; na błonie śluzowej obu nozdrzy spostrzegał je tylko raz. Natomiast często je widział (48 r. na 84 przyp.) na przedniej części języka i to z tak cechującem, swoistem wejrzeniem, że można śmiało mówić o języku „odrowym"; robią zupełnie takie wrażenie, jakby był posypany otrębami, lub jakby na nim były rozrzucone drobne wzgórki pleśniawki *(soor)* i różni się od języka płoniczego i tem, że występuje wcześniej i wcześniej traci swoje cechy. Częściej od tych plam zauważyć można zmętnienie i całkowite zbielenie błony śluzowej dziąseł przy odrze.

Spira

Prof. dr. E. Javel. **O „Wioformie", pod względem bakteryologicznym i klinicznym.** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 55 Z. 5 i 6.). Wioform, chemicznie jodchloroksychinolin, ma być wedle zapewnień autora, opartych na licznych badaniach bakteryologicznych i nie mniej obfitych doświadczeniach klinicznych, dobrym proszkiem przeciwgnilnym, pod żadnym względem nie ustępującym jodoformowi. A nad tym ostatnim ma tę wyższość, że jest bezwonny i bez porównania mniej trujący. Wstrzykiwany zwierzętom pod skórę, wywołuje ropnie, dzięki swemu dodatniemu chemotaktycznemu działaniu. Ropa, w tych ropniach zawarta, była oczywiście jałową.

Herman.

Doc. dr. Kukula. **O rozległem wycinaniu lelit.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 60. Z. 4). Pomijając liczne szczegóły, zebrane z dokładnie uwzględnionego piśmiennictwa i własnego doświadczenia, ostateczne wnioski autora są następujące: 1) W korzystnych warunkach ustrój ludzki znosi bez widocznej szkody utratę nawet $^2/_3$ części jelita cienkiego. 2) Ani doświadczenia na zwierzętach, ani spostrzeganie na ludziach nie rozstrzygnęły jeszcze, czy ustrój zwierzęcy jednakowo oddziaływa na znaczniejszy ubytek jelita cienkiego lub biodrowego. 3) Koniecznym warunkiem, umożliwiającym dalsze życie osobnika po wycięciu jelita, przenoszącem 2 mtr., jest pierwszorzędne zespojenie odcinków. Tylko w ostateczności ten ostatni akt operacyi odłożyć można na parę dni. 4) O ile dotychczasowe doświadczenie poucza z jelita grubego wycinać można kawałki dowolnej długości. A gdy potrzeba wyciąć równocześnie jelito cienkie i grube, zwrócić musimy naszą uwagę jedynie na to pierwsze. 5) Po rozległych wycięciach występują jako czynniki zastępcze w sprawie odżywiania: a) możliwość szybszego i wydatniejszego chłonienia ze strony pozostałego jelita cienkiego; b) zastępcza czynność jelita grubego; c) odpowiednie żywienie, t. j. częste podawanie dobranych pokarmów.

Herman.

R. Kossmann. **Nowy przyczynek do wyjaławiania rąk i pola operacyjnego za pośrednictwem „chirolu".** (*Ctrbl. f. Chir.* 1900 Nr. 23). Wielu chirurgów, doszedłszy do przekonania, że żadnym sposobem rąk naszych absolutnie wyjałowić nie możemy, poczęło używać rękawiczek, jak wiadomo z bardzo różnego materyału. Przy ich użyciu jednak nastręczają się różne niedogodności, co daje pochop do nowych wynalazków. Ostatnim w tej dziedzinie jest „chirol", środek dotychczas tajemniczego składu, powstający przez rozpuszczenie pewnych żywic i olejów tłustych w mieszaninie łatwo wrzących alkoholi i eterów. W płynie tym, przejrzystym a żółtawym, macza się ręce, wymyte w sposób dotychczas przestrzegany i po obmyciu dokładnie obsuszone. Chirol po paru minutach zasycha na rękach, tworząc powłokę jednostajną, elastyczną i dość mocną. Ze skóry łatwo powłokę tę zmyć alkoholem. Tym samym środkiem pomazywać można skórę pola operacyjnego. (Autor nie pisze, czy sam chirol, jest absolutnie jałowym. *Przyp. spraw.*).

Herman.

Doc. dr. O. Lanz. **Wytrzebienie czy wycięcie przyjądrza w gruźlicznem zapaleniu przyjądrza.** *(Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 55. Z. 5 i 6). Jak się z rozprawki autor domyślać pozwala, jest on zasadniczo zwolennikiem częściowej operacyi, t. j. wycięcia przyjądrza. Zapatrywanie to swoje opiera na jednym własnym przypadku, przez dłuższy czas spostrzeganym. Ponieważ jednak nawet podczas operacyi przez samo tylko obmacywanie nie możemy nabrać całej pewności o stanie jądra, radzi, aby w każdym przypadku, w którym jądro zdaje się być niezajętem, po dokładnej resekcyi przyjądrza, jądro rozciąć podłużnie (cięcie anatomiczne tak, jak to się czyni z nerką) i naocznie stwierdzić, czy niema w niem ognisk gruźliczych. Oczywiście, gdyby się te znalazły, trzeba i jądro wyjąć w całości.

Herman.

Doc. Er. Sroczyński. **Przyczynek do operacyjnego leczenia ropni rogówki.** *(Pam. wydany na jubileusz prof. E. Korczyńskiego).* Ponieważ operacya Saemischa z powodu ropnia rogówki ma wiele stron ujemnych, a mianowicie sprzyja rozległym wgłębieniom tęczówki, i nigdy nie można być po niej pewnym przebiegu dla nagle często powstającej jaskry piorunującej, autor podaje swój sposób, którym w 4 przypadkach osiągnął dobre wyniki, a który polega na przecięciu tylko przedniej ściany ogniska ropnego bez otwierania komórki przedniej. Następnie zaś łatwo jest wydobyć ropny czop włóknika delikatnemi szczypczykami. Leczenie następowe trwa 2—3 tygodni, a zabieg ten ma stanowczą wyższość nad niebezpieczną w skutkach keratotomią Saemischa.

Dr. Latkowski.

* * *

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Frieser (Wiedeń). **Doświadczenia nad wartością leczniczą tussolu.** *(Wiener med. Presse* Nr. 22, 1900). Po treściwem omówieniu istoty krztuśca i używanych dotychczas przeciw niemu środków, zachwala autor tussol i go zaleca tem bardziej, że stosując go w 68 przypadkach otrzymał nadspodziewanie dobre wyniki bez najmniejszych ubocznych działań. Sam tussol przedstawia się jako biały, łatwo w wodzie rozpuszczalny proszek bez nieprzyjemnego smaku; zwykle bywa podawany w wodnym lub alkoholowym roztworze syrupowym (*Syr. Rub. Id., Capillor. Vener.* lub *aurant.)* w ilości tylu decygr. dziennie, ile dziecko ma lat.

Dr. Henryk Pisek.

Salophen do leczenia grypy (influenza) poleca Dr. Pfeiffenberger (*Ärztl. Centr. Ztg.* 1900, Nr. 8). Liczne doświadczenia wykazały, że lek ten obniża gorączkę i koi nerwobóle. Autor uważa salophen za lek swoisty dla grypy. W przypadkach osłabienia po grypie stosuje autor chętnie somatozę, czy to w proszku w pokarmach, czy też jako wino z somatozą.

K.

Dionina okazała się według Wolfberga nadzwyczaj cennym środkiem w terapii chorób ocznych. Z licznych własnych spostrzeżeń klinicznych i współpracowników autora, poczynionych przy stosowaniu dioniny, dochodzi W. do następujących wniosków: 1) Zalanie gałki ocznej limfą, spowodowane działaniem dioniny, czyni z niej ważny środek pomocniczy w leczeniu wszystkich chorób ro-

gówki, a w szczególności tych, które nie są zawisłe od zmian chorobowych spojówki. 2) Dioninę polecić można jako środek do leczenia przyrannego po wszystkich zabiegach operacyjnych na gałce ocznej i spojówce. 3) Dionina jest środkiem pomocniczym w przebiegu leczenia jaskry. Co się tyczy sposobu stosowania dioniny, to autor w tych przypadkach, gdzie chodzi o działanie szybkie i energiczne, stosuje dioninę w postaci proszku, zapomocą szpatułki rogowej. Do leczenia schorzeń rogówki używa 25% pręcików dioninowo-kakaowych. Ponieważ jednak w niektórych przypadkach następuje szybko przyzwyczajenie się do tego środka, a obrzmienie spojówki gałkowej i powiek, spowodowane dioniną, może być zaledwo spostrzegalne, przeto należy w tych przypadkach co godzinę lub co dwie zakładać pręciki dioninowo-kakaowe. Do leczenia domowego stosuje rozczyny dioniny; mają one jednak tę niedogodność, iż dionina wydziela się na rurce do wkraplania i na szyjce flaszki; niedogodność tę możemy jednak usunąć przez wstawienie flaszeczki do ciepłej wody. Autor zrobił spostrzeżenie, iż rozczyn 5% dioniny, zmięszany z 2% rozczyn. pilokarpiny, utrzymuje się trwale i bez wydzielania dioniny. (*Wochenschrft f. Therapie u. Hygiene des Auges Jahrg. III.* Nr. 1, 3, 4). *I. L.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie z dnia 5 czerwca 1900 r.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 16.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto

Kol Bylicki czyni wniosek aby ze względu na zbyt szczupłe grono słuchaczy, a zajmujący odczyt kol. Sołowija, posiedzenie odłożyć.

Dr. Krzyszkowski,
sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 16 maja 1900 r.

Przewodniczy z początku kol. prof. Jordan, później kol. prof. Wachholz.

1) Przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Wybrano delegatem Tow. lekarskiego krakowskiego na uroczystość 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego kol. Augusta Kwaśnickiego.

3) P. Dyrektor Wdowiszewski wygłosił obszerny wykład: »O usuwaniu nieczystości miejskich«.

W wykładzie tym skreślił p Prelegent rozwój urządzeń krakowskich, służących do usuwania nieczystości z miasta, przedstawiając dokładnie warunki, wśród których przekształcał się jeden system w drugi.

Obecny system dołów kloacznych, opróżnianych zapomocą pneumatycznych maszyn Talarda, który wyrugował system beczkowy, był w czasie jego zaprowadzenia jedynym, o jakim można było myśleć, choćby z powodu braku wodociągów i niedostatecznej kanalizacyi miasta. System ten wymaga dzisiaj znacznie większych kosztów utrzymania, wielkich wkładów do wybudowania i urządzenia nowego zakładu Talardowskiego, gdyż miejsce i obecne jego zabudowania są więcej niż nieodpowiednie. Wyszukanie odpowiedniego miejsca pod taki zakład jest nadzwyczajnie trudnem. Stąd też budownictwo miejskie przedstawiło Radzie miejskiej odpowiednie wnioski, zdążające do zamiany obecnego systemu na system spławny. Warunki do tej zmiany dojrzały prawie zupełnie, gdyż 1) kanalizacya miasta jest prawie na ukończeniu; na 53.275 klm. długości ulic przeprowadzono 43½ klm długości kanałów w mieście i śródmieściu, brakuje zatem zaledwo 9 klm. 420 cm. długości kanałów.

2) Kanały są dostateczne do połączenia ich z kloakami, budownictwo bowiem miejskie miało przy ich budowie zawsze na oku ewentualną zamianę obecnego systemu na system spławny.

3) Wodociągi będą wnet ukończone, więc będzie możliwe spłókiwanie kloak.

Pozostaje tylko 1) połączenie dołów kloacznych z kanałami; 2) doprowadzenie wodociągów do kloak, celem spłókiwania ich i wreszcie 3) wybudowanie zbiornika, łączącego ujście obecnych kanałów i wpuszczenie go do Wisły jak najdalej poniżej miasta.

Obecni podziękowali p. Prelegentowi za odczyt rzęsistymi oklaskami.

W dyskusyi zabierają głos:

1) Kol. prof. Bujwid podnosi, że wobec zamierzonego zaprowadzenia systemu spławnego, należałoby pomyśleć o uniknięciu zanieczyszczenia wody w Wiśle. Dwie drogi prowadzą do tego celu: 1) system irygacyjny pól i 2) basen osadowy. Jeżeliby się pól irygacyjnych nie udało znaleźć, toby polecił gorąco budownictwu miejskiemu sprawę wybudowania basenu osadowego. Jest to rzecz bardzo ważna dla mieszkańców wiosek, położonych nad Wisłą; woda oczyszcza te osady (przynajmniej) pod względem bakteryologicznym dość powoli, badanie w tym kierunku wiślanej wody w Warszawie wykazały, że ilość bakteryj przed kanałami, obliczona na 500 wzrosła poniżej wylotu kanałów do 6.000 tak, że jeszcze w Płocku wynosiła 1.900.

Jeżeli się więc weźmie pod uwagę n. p epidemie cholery w Krakowie, to tą drogą Wisły może się szerzyć po wsiach, położonych nad Wisłą.

Oczyszczanie więc wody kanałowej przed wpuszczeniem jej do Wisły jest zdaniem mowcy koniecznem.

Kol. Bier omawia 3 sposoby, zapomocą których higieniści obliczają, czy wodę kanałową jakiegoś miasta można wpuścić do danej rzeki, czy nie; przedstawia wykonane na podstawie tych sposobów obliczenie ewentualnego stosunku wody kanałowej, spłokującej kloaki miasta Krakowa do wody w Wiśle; dochodzi do wniosku, że wodę kanałową Krakowa będzie można z zupełnym spokojem wpuścić do Wisły; inna rzecz z bakteryami chorób zakaźnych, które woda kanałowa zbierać może. By i temu zaradzić, należy zbudować koniecznie osadniki do oczyszczania wody kanałowej przed wpuszczeniem jej do Wisły; proponuje w tym celu sposób biologiczny. Sposób irygacyjny zdaniem mowcy zarzucają obecnie.

Kol. prof. Nowak zaznacza, że natura sama posiada sposoby oczyszczania wody; czynnikiem, którym się ona posługuje, są bakterye wodne, które rozkładają związki organiczne.

Wiadomą n. p. jest rzeczą, że ⅛ połączeń azotowych przy wylocie kanałów jest już zamieniona na azotany, reszta ulega podobnej przemianie w rzece. Następnie podaje wyniki badań nad oczyszczaniem się wody w Sekwanie pod Paryżem, zaznaczając, że ta po przebiegu 60 klm. jest prawie zupełnie czysta.

Co do bakteryj chorób zakaźnych, to tu jedynie prątki cholerycze wchodziłyby w rachubę, bo co do innych, to niema dziś żadnych pewnych wiadomości.

Na tem zakończono obrady. *Dr. Stanisław Droba*,
sekretarz.

IX. Listy z Monachium

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

II.

Od dawien dawna Monachium posiadało wodociągi; były one częściowo własnością królewską, częściowo miejską, częściowo wreszcie przedsiębiorstw prywatnych, a zaopatrywały miasto w wodę już to gruntową, już to wodę z Izary przesączaną (filtrowaną) lub nie przesączaną, zależnie od tego, do jakiego użytku miała służyć. W roku 1854, kiedy cholera poraz wtóry się tu pojawiła, posiadało miasto 11 zakładów wodociągowych, pobierających wodę w różnych punktach i w rozmaity sposób, a prócz tego całą masę zwykłych studzien. Wobec szybkiego wzrostu ludności (w roku 1870 było około 170,000 mieszkańców) przekonano się, że ilość wody w dotychczasowy sposób pobierana jest nie wystarczająca, a przytem zwrócono uwagę i na to, że po większej części i pod względem jakości nie odpowiada ona wymaganym warunkom. Zaczęto się więc rozpatrywać za sposobem zaradzenia złemu i po paroletniem zastanawianiu się nad rozmaitymi projektami i po licznych próbach zgodzono się na plan sprowadzenia wody źródlanej z poblizkich gór, a rozpocząwszy pracę w roku 1881, ukończono ją w roku 1883 i wodociągi do użytku publicznego oddano, wydawszy na ten cel 6,000.000 marek.

Jeśli stosunki geologiczne gruntu wyjątkowo korzystnymi się okazały dla kanalizacyi, to położenie geograficzne miasta niesłychanie ułatwiło budowę wodociągów i obniżyło koszta tej budowy i pobierania wody, która własnym ciężarem spływa do zbiornika, a z tego do miasta pod takiem ciśnieniem, że z łatwością na najwyższe piętra domów dostać się może, dno bowiem zbiornika znajduje się 66 metrów ponad posadzką kościoła „Frauenkirche", będącego jedną z najwyżej położonych budowli miasta.

Miejscowość Mangfallthal, gdzie się znajdują źródła spożytkowane, leży 40 km. na południowy wschód od Monachium. W pobliżu źródeł wykupiono grunta, o ile to się okazało potrzebne, uregulowano bieg strumieni, chroniąc ich brzegi równocześnie od wtargnięcia wody śniegowej i innych niepożądanych zanieczyszczeń. Kanał główny, doprowadzający wodę do zbiornika, mierzy w największym swym przekroju 1·5 metra na wysokość, 1 metr na szerokość i jest zbudowany częściowo z cegły, spajanej cementem, częściowo z lanego żelaza.

Zbiornik znajduje się w odległości 10 km. od środka miasta, obejmuje przy poziomie wody 3 metrów 37,000 metrów sześciennych i składa się z dwu komór; podstawa każdej z nich ma 82 metrów kwadratowych. Zbudowany jest w ten sposób, że 2·5 metra wystaje ponad ziemię, a dla uniknięcia wpływów temperatury osłonięto go 1·5 metra grubą warstwą ziemi, z boków i z góry.

W razie potrzeby można wykluczyć obie komory naraz, nie przerywając dopływu wody do miasta; kanał bowiem główny ma równocześnie bezpośrednie połączenie z rurami miejskiemi *(Umgangsleitung)*.

Rury miejskie założone są systemem cyrkulacyjnym; cztery główne pnie tych rur krzyżują w czterech punktach Izarę i jej dopływy, zaopatrując w wodę część miasta, po lewej stronie Izary leżącą, a połączone są w ten sposób, że każdy z nich pojedynczo na wypadek potrzeby można wykluczyć.

Wodociągi, po ich powiększeniu, które okazało się w krótkim czasie po ich założeniu potrzebne z powodu nadzwyczaj szybkiego wzrostu ludności, mogą obecnie dostarczać 1,400 litrów wody na sekundę, t. j. licząc 150 litrów na głowę i dobę, mogą zaspakajać potrzeby ludności 800-tysięcznej.

Przy urządzeniach tego rodzaju, jak budowa wodociągów, mających trwać jeśli nie setki to dziesiątki lat, jest rzeczą słuszną patrzeć w daleką przyszłość, przewidując wzrost ludności. Przezorność w tym kierunku tu w Monachium, sądząc z danych statystycznych, wcale nie jest zbyteczną, miasto bowiem w przeciągu bieżącego stulecia kolosalnie się rozrosło. Oto parę danych statystycznych:

W roku	1801	było	mieszkańców	(okrągło	licząc)		40,000
„	1813	„	„	„	„		51,000
„	1846	„	„	„	„		85,000
„	1871	„	„	„	„		130,000
„	1861	„	„	„	„		169,000
„	1880	„	„	„	„		230,000
„	1890	„	„	„	„		349,000
„	1899	„	„	„	„		450,000

Że ilość wody jest i będzie po długie czasy dostateczną, jest niewątpliwe, chodziłoby tylko o jej jakość. Rozumie się, że już przed rozpoczęciem budowy wodociągów badano wodę chemicznie i bakteryologicznie, ale badania te od owej chwili aż do dzisiaj odbywają się stale w pewnych okresach czasu i w różnych miejscach i oto co wykazują: pod względem bakteryologicznym nadzwyczaj małą ilość drobnoustrojów, bo 4 zaledwie w jednym centymetrze sześciennym; chorobotwórczych bakteryj nie znaleziono zupełnie; pod względem składu chemicznego: stale brak amoniaku, kwasu azotowego i azotawego, pozostałość stała po odparowaniu jednego litra waha się w granicach pomiędzy 255·2 a 299·2 grm., ilość zaś chloru pomiędzy 4·75 a 6·65, twardość wreszcie ogólna wynosi około 16 stopni niemieckich.

Co do części finansowej przedsięwzięcia pozwalam sobie tu zamieścić parę ciekawych liczb. Pierwotne koszta budowy 6 milionów marek wzrosły do końca roku 1897 przez powiększenie wodociągów i rozprzestrzenienie sieci rur, które obecnie blizko 313 tysięcy metrów ma długości, do 15 milionów mk. Koszta utrzymania wyniosły od wprowadzenia w ruch wodociągów po koniec wymienionego 1897 r. przeszło milion, pobory zaś przeszło półtora miliona, zysk więc czysty z obrotu wynosi 500 tysięcy marek. Wodę oddaje miasto po 5 fen. za metr sześcienny do zwykłego użytku, a po $7^1/_2$ fen. do budowy i t. p. przemijających celów. Kontrola ilości spotrzebowanej wody odbywa się zapomocą specyalnych wodomierzy.

Miasto, posiadając wodę odpowiednią co do jakości, a w ilości znacznie przewyższającej zapotrzebowanie, oddaje ją nietylko na cele przemysłowe i do użytku domowego, używa jej nietylko do skrapiania ulic, plantacyj, do studzien publicznych i wodotrysków i na wypadek pożarów, ale zaopatruje w nią równocześnie tak zw. „łaźnie ludowe". Zakłady te, zbudowane kosztem gminy, przez władze miejskie są też administrowane. Są one pomieszczone albo w specyalnie na ten cel przeznaczonych budowlach (*Volksbrausebäder);* takich jest obecnie siedem i te są dostępne każdemu, lub też mieszczą się po niektórych szkołach (*Schulbrausebäder)*, tych jest 14, a przeznaczone są do użytku dziatwy szkolnej i personalu nauczycielskiego. Jedną z takich łaźni, mianowicie przy „Bavariaring" wybudowaną, miałem sposobność zwiedzić i podaję jej krótki opis.

Budynek na planie ma w ogólnych zarysach kształt czworoboku, o płasko ściętych kątach, wejrzeniem zewnętrznem przypomina rotundy panoram. Z przedsionka, dobudowanego do jednego ze ściętych kątów, wchodzi się na lewo do poczekalni dla kobiet, na prawo do poczekalni dla mężczyzn, wprost zaś znajduje się kasa, połączona bezpośrednio z centralną halą; w szczytowej części hali umieszczone są dwa zbiorniki, jeden z wodą zimną, otrzymywaną wprost z wodociągu, drugi z wodą gorącą, ogrzewaną zapomocą pary, wytwarzanej w kotle, znajdującym się wraz z piecem w podziemiu budynku. Przestrzeń pomiędzy halą środkową a poczekalniami, oddzielona ścianą do powały sięgającą, podzielona jest na czternaście części, z których 4 komunikują drzwiami z poczekalnią dla kobiet, a 10 z poczekalnią dla mężczyzn. Każda z tych części składa się z dwu komórek, z których pierwsza służy do rozbierania się, w drugiej znajduje się tusz, do którego dopływ wody zimnej i gorącej można dowolnie regulować. Przejście z jednej komórki do drugiej można przestawić parawanem gumowym. Ściany komórek wyłożone są marmurem karraryjskim, co pozwala utrzymywać wzorową czysłość. Koszta budowy tej łaźni wyniosły 37,500 marek, a może z niej korzystać do 12,000 osób miesięcznie. Kąpiel kosztuje wraz z ręcznikiem 10 fenigów. Dozorcy, który wraz z rodziną swą obsługuje łaźnię, płaci miasto 5 mk 50 fen. dziennie.

Że łaźnie te są wielkiem dobrodziejstwem dla biedniejszej ludności, szczególnie robotniczej, nie ulega chyba wątpliwości, a jak się rozpowszechnia użytkowanie tych lokali, wystarczą liczby do udowodnienia: w roku 1896 korzystało z nich 370,000 w 1897 r 402,000, a w 1898 r. 422,000 osób.

Nie wszystkie łaźnie budowane i urządzone są tak samo, jak opisano: niektóre z nich, oprócz tuszów, posiadają i wanny, a w dwu pomiędzy niemi kąpiele są bezpłatne; mimo to miasto w ostatnich latach małym zyskiem w tej pozycyi może się pochwalić.

Tu jeszcze wspomnieć wypada, że buduje się (jest prawie na ukończeniu) wielka łaźnia ludowa, na którą półtora miliona wynoszący fundusz zapisał zmarły inżynier Müller i która też będzie nosić nazwę „Müller'sches Volksbad".

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 19 lipca.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich rozpoczyna pojutrze swe prace Poważna liczba zapowiedzianych odczytów i referatów świadczy, że Zjazd ten będzie miał istotnie doniosłe znaczenie naukowe; zaznaczamy z naciskiem pokaźną liczbę znakomicie obsadzonych referatów, którym Komitet gospodarczy, idąc za nabytem doświadczeniem, dał rozleglejszy niż na Zjazdach poprzednich zakres.

Zmiana statutu, który w ciągu lat 30 nie uległ rewizyi, stanowić będzie nader poważny krok w rozwoju instytucyi naszych Zjazdów. Doniosłe znaczenie w tej zmianie, o ile Zjazd ją uchwali, będzie miał paragraf, powołujący między Zjazdami organ pośredniczący, do którego zadań należeć ma przeprowadzenie uchwał Zjazdu poprzedniego i przygotowanie materyału dla następnego.

Wkroczenie na grunt społeczno-lekarski, a mamy tu na myśli Sekcyę gruźliczą i Sekcyę wychowania fizycznego, wysoce podnosi i rozszerza zakres i znaczenie Zjazdów naszych. Niemniej rozległe i ważne zadanie czeka Sekcyę prasową, powołaną do obmyślenia wspólnego, celowi odpowiedniego, kierunku dla naszych wydawnictw peryodycznych, ujednostajnienia wyrazownictwa i t. d.

Słyszy się dziś często zdanie, iż Zjazdy lekarskie przeżyły się, celowi naukowemu nie odpowiadają, a pozostało li tylko ich znaczenie towarzyskie Może tak i jest gdzie indziej: o Zjazdach naszych raczej rzec należy, że się jeszcze nie rozwinęły, nie uświadomiły sobie spoczywającej w nich siły, nieuderzyły prócz zadań naukowych, w swojską strunę potrzeb społeczno-sanitarnych, wydawniczych i t. d. Uniknijmy tylko naśladownictwa, wytwórzmy własny program i własny zakres działania, stwórzmy stałą instytucyę, czynną i poza kilku, górnie może, lecz gorączkowo spędzonymi dniami samego Zjazdu, a obejmującą, obok naukowych, wszelkie zadania przyrodniczo-lekarskie naszego kraju i naszego narodu, weźmijmy na siebie zaszczytny ciężar wszelkiej w naszym zakresie i możności leżącej inicyatywy, wtenczas, byle czas starczył, treści i żywotności instytucyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich nie zabraknie.

Hasło do objęcia szerszego programu wydał Komitet gospodarczy: nastrój, którym jesteśmy dziś ożywieni, daje rękojmię, że hasło to znajdzie, mówiąc stylem wojskowym, „odzew" w umysłach uczestników rozpoczynającego się Zjazdu, którym ze szczerego serca życzymy najbujniejszych plonów czekającej ich pracy.

* Zakaz wydany przez austryackiego ministra wojny, ażeby lekarze wojskowi nie brali udziału w IX. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich, został, pomimo starań Komitetu gospodarczego, utrzymany w całej pełni. Przyczyną tego, tak rażącego w państwie konstytucyjnem zarządzenia, a dodajmy, tak źle zastosowanego do Zjazdu specyalnie naukowego. mają rzekomo być przeciwieństwa i spory narodowe w Austryi, od udziału w których władza wojskowa chciałaby uchronić armię.

Czuwać będziemy, czy też pan minister wojny zastosuje tę samą miarę i wagę do Zjazdów niemieckich w Austryi. Na razie zaś zaznaczamy, że chyba niedokładne muszą być informacye w ministeryum wojny, skoro przypuszcza ono możebność namiętnych sporów narodowych na Zjazdach lekarzy i przyrodników polskich, gdzie przecież do tego niema najmniejszych warunków.

* Delegatami docentów do Wydziału lekar. Uniwer. Jagiell. wybrani zostali na rok szkolny 1900—1901 docenci: Aleksander Bossowski i Leon Kryński.

* Stopień doktorów wszechnauk lekar. otrzymali w Uniwer. Jagiell.: Adam Fąferko, Piotr Pietruszewicz i Tadeusz Żeleński. W Uniwersytecie lwowskim: Jarosław Gruszkiewicz, Kazimierz Siatecki, Jan Połochajło, Dawid Lichtgarn, Aron Wolf, Reichenstein Marek, Spät Wilhelm i Marek Schneider.

W ciągu kończącego się roku szkolnego wypromował Wydział lekarski lwowski 16 doktorów medycyny.

* W rozbiciu się dwóch pociągów, które nastąpiło na kolei warszawsko-wiedeńskiej dnia 13 b. m., znany lekarz warszawski, dr. Maksymilian Flamm, uległ złamaniu nogi. Stan jego jednak nie ma budzić obawy. W liczbie osób, które uległy pokaleczeniu w tej katastrofie, wymienia „Słowo Polskie" Dra Stanisława Markiewicza i Dra Józefa Jóźwickiego.

* Głośny pedyatra Ed. Henoch, który od roku przebywa w Dreźnie, dobiegł 80 lat życia. Prasa niemiecka z tego powodu składa życzenia sędziwemu i zasłużonemu klinicyście.

* Na miejsce Kühnego w Heidelbergu powołany został prof. Biedermann z Jeny.

* Niemieckie stowarzyszenie dla walki z gruźlicą postanowiło zaniechać w roku bieżącym zamierzonego zwołania konferencyi do Akwisgranu, a to z powodu nader licznych kongresów tegorocznych.

* Dotychczasowe wiadomości o durze, panującym w wojsku angielskiem w południowej Afryce, były, jak się okazało, z umysłu po części zatajane. Obecnie, gdy liczba chorych zmniejsza się i nie zachodzi potrzeba maskowania istotnego stanu rzeczy, dzienniki angielskie odkrywają całą grozę tej nadzwyczaj zabójczej epidemii. Dr. Conan Doyle ogłasza w ›Britisch medic. Journal", że podobnie wielkiej śmiertelności z duru dotychczasowe wojny nie zapisały: w ciągu jednego miesiąca zachorowało 10 do 12 tysięcy żołnierzy; w takimże czasie w samem Bloemfontein pogrzebano 600 zmarłych na dur. Na jeden dzień przypadało 40 skonów. Przeciętna śmiertelność wynosiła 21%. Położenie było tem groźniejsze, że organizacya wojskowa nie przewidziała czegoś podobnego i nie zaopatrzyła się w dostateczną liczbę służby sanitarnej. Doyle czyni zarzut zarządowi sanitarnemu wojska angielskiego, że przed wysłaniem do Afryki południowej nie kazał zaszczepić żołnierzy przeciw durowi; twierdzi on, że wśród zaszczepionych, którzy jednak durowi ulegli, ani jeden nie umarł.

Mianowania i odznaczenia: Doc. dr. O. Sarwey mianowany został prof. nadzwycz. w Tybindze.

Nekrologia. Dr. Edward Danielewicz zmarł w Sierakowie (Ks. Poznańskie), licząc lat 40. Prof. Born, wybitny anatom i embryolog, zmarł w Wrocławiu w 50 roku życia. Dr. D. I. Leech, prof. farmakologii i terapii, zmarł w Manchester. Dr. Włodzimierz Grodecki zakończył życie w Międzybożu (Podole) w 46 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 28: Majewskiego A.: Z kazuistyki chorób chirurgicznych kiszek. Dr. Troczewskiego A.: Przyczynek do sprawy leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego (c. d.). Łapowskiego B.: Leczenie syfilisu (c. d.). W *Medycynie* Nr. 28: Dr. Halperna S.: O niektórych wskazaniach do wznawiania leczenia przeciwprzymiotowego. Dr. Korczyńskiego L.: Kilka uwag ogólnych o leczeniu zdrojowem klimatycznem.

Redakcya otrzymała: Dr. Kurkiewicz St.: Kilka uwag w sprawie ludowych uzdrowisk. Berlin 1900. Glaesner P.: Über die Verwertbarkeit einiger neuen Eiweisspräparate zu Kulturzwecken. Jena 1900.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**